

RÈGLEMENT MUTUALISTE RESPONSABLE

CONTRAT INDIVIDUEL SANTÉ
MISE À JOUR 2021

SOMMAIRE

RÈGLEMENT MUTUALISTE RESPONSABLE IDENTITÉS MUTUELLE

SOMMAIRE	2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
Article 1 : Objet du règlement mutualiste	4
Article 2 : Objet de la garantie	4
Article 3 : Modification du règlement mutualiste	4
Article 4 : Caractère responsable du règlement mutualiste.....	4
Article 5 : Définitions.....	4
TITRE I : ADHÉSION	6
Article 6 : Conditions d'adhésion	6
Article 7 : Information précontractuelle et documentation contractuelle.....	6
Article 8 : Vente à distance ou démarchage.....	6
Article 9 : Prise d'effet de l'adhésion.....	7
Article 10 : Durée de l'adhésion	7
Article 11 : Adhésion d'ayants droit, date d'effet, cessation.....	7
TITRE II : VIE DU CONTRAT	7
Article 12 : Changement de situation.....	7
Article 13 : Modifications à l'initiative de l'adhérent.....	7
Article 14 : Modifications à l'initiative de la Mutuelle.....	8
Article 15 : Renforts optionnels responsables.....	8
TITRE III : FIN DE L'ADHÉSION	8
Article 16 : Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent.....	8
Article 17 : Radiation et exclusion de l'adhérent par la Mutuelle.....	8
Article 18 : Incidence de la fausse déclaration.....	9
Article 19 : Cessation des garanties	9
TITRE IV : COTISATIONS	9
Article 20 : Fixation des cotisations - mode de calcul	9
Article 21 : Actualisation des cotisations.....	9
Article 22 : Paiement des cotisations.....	9
Article 23 : Défaut de paiement des cotisations.....	9
TITRE V : PAIEMENT DES PRESTATIONS	9
Article 24 : Prise d'effet des prestations	9
Article 25 : Droits aux prestations.....	9
Article 26 : Calcul des prestations.....	9
Article 27 : Paiement des prestations.....	10
Article 28 : Tiers payant.....	10
Article 29 : Principe indemnitaire et pluralité d'assurance	10
Article 30 : Prestations indues	10
TITRE VI : DÉFINITION ET DESCRIPTION DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ	11
Article 31 : Définition des prestations.....	11
Article 32 : Description des prestations	11
Article 33 : Exclusions de garanties.....	12

TITRE VII : PRESTATIONS ANNEXES	12
Article 34 : Garantie d'assistance en inclusion.....	12
Article 35 : Téléconsultation Medaviz.....	13
TITRE VIII : GARANTIES NAISSANCE/ADOPTION	13
Article 36 : Exonération des cotisations en cas de naissance ou d'adoption.....	13
Article 37 : Forfait naissance/adoption.....	13
TITRE IX : GARANTIES DÉCÈS	13
Article 38 : Allocation obsèques.....	13
Article 39 : Option allocation obsèques.....	13
TITRE X : DISPOSITIONS DIVERSES	13
Article 40 : Communication des frais de gestion et du ratio prestations / cotisations.....	13
Article 41 : Prescription.....	14
Article 42 : Subrogation.....	14
Article 43 : Modalités d'information des adhérents.....	14
Article 44 : Réclamation.....	14
Article 45 : Médiation.....	14
Article 46 : Contrôle médical.....	14
Article 47 : Secret professionnel.....	15
Article 48 : Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.....	15
Article 49 : Protection des données personnelles.....	15
Article 50 : Action sociale.....	16
Article 51 : Bloctel.....	16
Article 52 : Autorité de Contrôle.....	16
ANNEXE 1 : Pièces justificatives à fournir pour un remboursement	17
ANNEXE 2 : Cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale	20

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 : Objet du règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste régit les modalités d'application des garanties assurées par Identités Mutuelle (ci-après dénommée « la Mutuelle »), Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité SIREN 379 655 541 et dont le siège est situé 24, boulevard de Courcelles, 75017 PARIS. Il est complété par le tableau des garanties.

Le présent règlement définit, dans le cadre d'une adhésion individuelle, le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre chaque adhérent et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement est adopté par le Conseil d'administration. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts de la Mutuelle.

Article 2 : Objet de la garantie

La garantie a pour objet de servir à l'adhérent et à ses ayants droits désignés des remboursements, en totalité ou en partie, des frais qu'il a exposés à l'occasion des soins médicaux et de maternité, dans les conditions et limites prévues par le règlement mutualiste.

Article 3 : Modification du règlement mutualiste

Le Conseil d'administration peut apporter toutes les modifications nécessaires au présent règlement mutualiste.

Toutes les modifications apportées au présent règlement sont notifiées aux adhérents.

Elles sont applicables dès leur notification aux adhérents.

Article 4 : Caractère responsable du règlement mutualiste

Les garanties « frais de santé » couvertes dans le cadre du présent règlement mutualiste respectent les exigences légales et réglementaires des contrats responsables au sens notamment, de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

Toute évolution législative ou réglementaire s'appliquera aux garanties couvertes au titre du présent règlement mutualiste afin qu'elles conservent leur caractère responsable.

L'adhérent peut compléter sa couverture en adhérant à un règlement mutualiste distinct proposant des garanties surcomplémentaires non responsables ou, si sa garantie principale le prévoit, à des renforts optionnels non responsables.

Article 5 : Définitions

100% Santé

La réforme « 100% santé » (ou « reste à charge nul ») inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, instaurent progressivement un panier de soins pour chacune des garanties optique, audiologie et dentaire, afin de proposer des prestations de santé au titre desquelles les personnes bénéficiaires bénéficient d'une prise en charge totale, sans aucun reste à charge.

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle, subie par l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent

Personne qui adhère à la Mutuelle par la signature du bulletin d'adhésion emportant acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste, remis préalablement, et qui bénéficie des prestations.

ADELI

Automatisation DEs Listes : système d'information national sur les professionnels relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur.

Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil - situation professionnelle - activités exercées).

Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. Le numéro ADELI figure sur la Carte de Professionnel de Santé (CPS) pour des professionnels relevant du Code de la santé publique.

Année d'adhésion

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.

Ayant droit

Personne bénéficiant des prestations de la garantie souscrite par l'adhérent selon les critères définis par l'article « Adhésion d'ayants droit, date d'effet, cessation » du présent règlement mutualiste.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement. Il est inférieur au tarif de convention.
- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Les tarifs de convention et de responsabilité applicables sont déterminés dans la nomenclature.

Pour certaines garanties, on parle de base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée (BRR) : lorsque l'acte est effectué dans un secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.

Bénéficiaire

Également appelé « Assuré » au titre du présent règlement mutualiste. Personne bénéficiant des prestations de la Mutuelle : l'adhérent, son conjoint, et leurs enfants, tels que définis au bulletin d'adhésion, ayants droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au bulletin d'adhésion.

Conditions d'admission

L'adhésion au règlement mutualiste est réservée aux personnes affiliées à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale français.

Délai d'attente

Période décomptée à compter de la date d'effet du contrat, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Pendant cette période, la garantie n'ouvre pas droit à prestations. Les délais d'attente de la garantie sont précisés dans le présent règlement mutualiste ou dans le tableau des garanties.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements si ses garanties le prévoient.

DIPA

Le Document d'Information sur le Produit d'Assurance (que l'on peut retrouver sous le sigle IPID en anglais) est un document d'informations précontractuelles standardisé permettant d'informer les assurés sur le fonctionnement du produit auquel ils vont souscrire ou adhérer.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins. En adhérant au dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes. En contrepartie :

- son activité est revalorisée par la Sécurité sociale (mise en place d'une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite, revalorisation des tarifs opposables de certains actes techniques - actes chirurgicaux, actes de gynécologie-obstétrique),
- ses patients bénéficient d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au dispositif.

Ce terme générique regroupe :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée - CO (dite OPTAM- CO) applicable aux chirurgiens et obstétriciens,
- l'option pratique tarifaire maîtrisée (dite OPTAM) applicable à l'ensemble des spécialités.

Échéance principale

Le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

Étendue

En France et à l'étranger, Identités Mutuelle intervient au profit des adhérents et de leurs ayants droit en complément de la Sécurité sociale s'ils sont affiliés ou rattachés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français et ce dans les limites des garanties souscrites.

Fiche d'information légale

La fiche d'information légale est un document propre à la Mutuelle qui a vocation à informer les adhérents sur les clauses essentielles du fonctionnement du contrat.

Forfait

Le forfait est une prestation dont le montant de remboursement est fixé en euros et plafonné à un maximum, auquel tout bénéficiaire a droit dans la limite des frais de soins réellement engagés par l'assuré au cours d'une année civile (ticket modérateur inclus).

Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Facturé par les établissements de santé, il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie sauf en cas de transfert d'établissement.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicament ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : notamment les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS (Complémentaire santé solidaire) et de l'Aide Médicale de l'Etat, les femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Honoraires paramédicaux

Il s'agit des honoraires réalisés par les professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues - dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés par le régime obligatoire et la Mutuelle.

Hospitalisation

Séjour du bénéficiaire en qualité de patient prescrit par un médecin d'une durée minimum de 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, de lésions résultant d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Matériel médical

Les dispositifs médicaux, au sens de l'article L.5211-1 du Code de la santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la santé publique (hors aides auditives et dispositifs d'optique médicale).

Médecin conventionné de secteur 1

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec la Sécurité sociale. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de la part du patient comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, que le patient soit dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Médecin conventionné de secteur 2

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

Médecin non conventionné (ou « en secteur 3 »)

Le médecin non conventionné est un médecin qui n'a pas signé la convention médicale avec la Sécurité sociale. Il pratique des tarifs totalement libres, avec dépassement d'honoraires. Le remboursement s'appliquant pour ce médecin est alors basé sur un tarif d'autorité (TA), dont le montant est très inférieur à la base de remboursement des médecins conventionnés.

Mutuelle

Désigne l'organisme d'assurance frais de santé, Identités Mutuelle.

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits, et prestations pris en charge par la Sécurité sociale et les conditions de leur remboursement (base de remboursement).

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) répertorie les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites) ;
- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...) ;
- la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux pour l'activité bucco-dentaire (soins dentaires, parodontologie...) ;
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) répertorie les actes de biologie médicale ;
- la Liste des Produits et Prestations (LPP) répertorie les biens médicaux hors médicaments (appareillage...) ;
- les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) répertorient les soins hospitaliers.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement, sans diminution du montant de leur remboursement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès de la Sécurité sociale (ou son remplaçant).

Entre également dans le parcours de soins tout acte auprès :

- d'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- d'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- d'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Lorsqu'une personne se trouve en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, la Mutuelle ne prend pas en charge la différence.

Participation forfaitaire de 1 Euro

La participation forfaitaire de 1 € est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Le cumul de la franchise est plafonné à 4 €, par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à 50 € par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : notamment les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS, de l'Aide Médicale de l'Etat, et les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour suivant la date de l'accouchement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Plafonds

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (année civile) ou année d'adhésion, selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties figurant au descriptif des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Prescription médicale

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Régime obligatoire

Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé sur l'attestation d'affiliation jointe au bulletin d'affiliation (régime général de la Sécurité sociale, régime minier, régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, et tout autre régime d'assurance maladie obligatoire).

Reste à charge

Le reste à charge est le montant que le patient doit assumer suite aux frais médicaux qu'il a reçus, après le remboursement du régime obligatoire et de la Mutuelle.

RPPS

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, c'est à la fois :

- Un répertoire contenant pour chaque Professionnel de Santé :
 - Un identifiant unique et pérenne (n°RPPS) non significatif ;

- Un ensemble de données d'intérêt commun :
 - Fiables et qualifiées (par l'INSEE, les Ordres, etc.) ;
 - Basées sur une nomenclature commune partagée par l'ensemble des partenaires.
- Un système d'échange permettant le partage de ces informations entre les acteurs du domaine de la Santé (État, Ordres, Service de Santé des Armées, Assurance Maladie obligatoire, ASIP Santé, etc.) et la simplification des démarches des Professionnels de Santé.

Support durable

Le support durable est défini à l'article L.221-6-4 du Code de la mutualité. Constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité à l'adhérent ou à la Mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (par exemple : courriel, espace adhérent).

Tarif opposable

Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

Ticket modérateur

Part de la base de remboursement laissée à la charge du bénéficiaire après intervention du régime obligatoire. Il est pris en charge partiellement ou totalement par votre Mutuelle.

Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, audiologie et appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Si une personne, prise en charge à 100% par le régime obligatoire, effectue des soins hors du parcours de soins coordonnés, la partie éventuellement non remboursée par le régime obligatoire d'une personne n'est pas considérée comme ticket modérateur et n'est donc pas remboursée par la Mutuelle.

Tiers payant intégral

Système de paiement qui évite au bénéficiaire de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Tiers payant partiel

Par opposition au tiers payant intégral, le tiers payant partiel consiste pour un professionnel de santé à ne pratiquer la dispense d'avance de frais que sur la part de l'acte remboursable par la Sécurité sociale ou un autre organisme d'assurance maladie obligatoire.

Télétransmission

Système informatique de transmission des dossiers de remboursements de la Sécurité sociale vers l'organisme assureur.

TITRE I : ADHÉSION

Article 6 : Conditions d'adhésion

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de la Mutuelle dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle doit être accompagné :

- de la copie de l'attestation de carte vitale du demandeur et de l'ensemble des ayants droit couverts par l'adhérent, ou tout autre document attestant de l'affiliation à un régime obligatoire de Sécurité sociale datant de moins de 3 mois. Si le conjoint du demandeur est assuré à un régime de Sécurité sociale différent, alors il devra compléter et signer un bulletin d'adhésion à son nom.
- du mandat de prélèvement sur compte bancaire ou postal dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

Au moment de l'adhésion, l'adhérent fait le choix d'une seule garantie principale pour lui-même et ses ayants droit le cas échéant, et peut faire le choix de renforts optionnels responsables dans les conditions de l'article « Renforts optionnels responsables » du présent règlement mutualiste.

L'adhésion peut être souscrite au profit des enfants de moins de 18 ans rattachés à l'adhérent ou au conjoint au titre de la Sécurité sociale.

Article 7 : Information précontractuelle et documentation contractuelle

7.1 Information précontractuelle

Avant la signature du bulletin d'adhésion, la Mutuelle remet à l'adhérent un exemplaire des garanties, des statuts et de son règlement intérieur, du règlement mutualiste, du document d'information sur le produit d'assurance (IPID) ainsi que la fiche d'information légale.

7.2 Documentation contractuelle

La documentation contractuelle est formée :

- Des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle,
- Du présent règlement mutualiste,
- Des garanties,
- Du bulletin d'adhésion.

7.3 Conservation des documents transmis par l'adhérent sous forme numérisée

La Mutuelle et/ou ses partenaires peuvent être amenés à conserver sous forme numérisée les documents transmis par l'adhérent dans le cadre de la gestion de son contrat. Ces documents pourront être utilisés comme mode de preuve.

Article 8 : Vente à distance ou démarchage

8.1 Définition

Vente à distance

Lorsque l'adhésion au règlement mutualiste a été proposée en dehors de la présence physique des deux parties, dans le cadre d'une commercialisation utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (internet, vente par correspondance, démarchage par téléphone), l'adhérent bénéficie des dispositions protectrices définies par le Code de la mutualité et le Code de la consommation. La Mutuelle communique à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable, auquel l'adhérent a l'accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles et les informations précontractuelles mentionnées au III de l'art. L.221-18 du Code de la mutualité et notamment : la dénomination de la Mutuelle, ses coordonnées, le montant total de la cotisation et les modalités de paiement de celle-ci, la durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci, la loi applicable aux relations contractuelles, l'existence d'un droit de renonciation.

L'adhérent peut à tout moment demander à recevoir les conditions contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable. En outre, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Démarchage

Dans le cadre d'un démarchage (démarchage au domicile de l'adhérent, à sa résidence, à son lieu de travail, même à sa demande), l'adhérent reçoit en temps utile et avant tout engagement de sa part, les informations précontractuelles requises ainsi que les conditions contractuelles de l'adhésion.

Ces informations et conditions lui sont fournies sur papier ou, sous réserve de son accord, sur un autre support durable. Le contrat comprend un formulaire de rétractation.

8.2 Délai de renonciation

Lorsque l'adhésion aux garanties résulte d'une vente à distance ou d'un démarchage, l'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au plus tard après un délai de quatorze jours, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir :

- dans le cadre d'une vente à distance : à compter de la date d'effet de l'adhésion, ou de la date où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cette date est postérieure.
- dans le cadre d'un démarchage : à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion. Toutefois, si l'adhérent a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut exercer son droit à renonciation.

Lorsque le délai de renonciation expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il est prorogé jusqu'à la fin du jour ouvrable suivant.

L'adhérent peut exercer sa faculté de renonciation en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception (Identités Mutuelle - 85 rue Édouard Vaillant - 92300 Levallois-Perret) ou un envoi recommandé électronique à l'adresse e-mail suivante relationadherent@identites-mutuelle.com contenant les mêmes informations, selon le modèle suivant :

Vente à distance :

« Je soussigné (Nom, prénom), exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L.221-18 du Code de la mutualité pour mon contrat d'assurance complémentaire santé numéro ----- (indiquer les références du contrat), souscrit le -----, sous le numéro d'adhérent

Fait à Le
Signature »

Démarchage à domicile :

« Je soussigné (Nom, prénom) exerce mon droit de renonciation prévu à l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité pour mon adhésion au règlement mutualiste complémentaire santé individuel numéro (indiquer les références du contrat), souscrit le, sous le numéro d'adhérent

Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent Règlement.

Fait à Le Signature »

La renonciation entraîne la restitution de la totalité des cotisations versées. Le remboursement est adressé dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception, par la Mutuelle, de la lettre recommandée ou du courriel recommandé. Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai. L'adhérent devra rembourser dans ce même délai les prestations versées par la Mutuelle.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Les modalités d'exercice du droit de renonciation figurent au bulletin d'adhésion.

Article 9 : Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant et de la réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion, au plus tôt le jour suivant la signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur ce même bulletin.

L'adhésion ne pourra prendre effet que sous réserve de la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion dûment signé et complété accompagné de l'ensemble des pièces obligatoires.

L'adhésion n'est pas automatique. Elle est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle.

A cette occasion sera remise une carte de tiers-payant valant carte d'adhérent, permettant de justifier de son affiliation à la Mutuelle.

Cette carte indique les personnes bénéficiaires des prestations de la Mutuelle, et le niveau de garanties choisi par l'adhérent.

Dans le cas où l'adhérent souhaite adhérer au règlement mutualiste et que la Mutuelle s'occupe des formalités pour dénoncer sa précédente adhésion ou résilier son précédent contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé, l'adhésion de l'adhérent prendra effet le lendemain de la date d'effet de la résiliation du précédent contrat, afin d'assurer la continuité de la couverture du nouvel adhérent.

Article 10 : Durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation ou dénonciation du contrat. La durée minimale de l'engagement réciproque des parties est de douze (12) mois.

Article 11 : Adhésion d'ayants droit, date d'effet, cessation

La garantie est accordée dans le cas général à l'adhérent pour lui-même, son conjoint, et ses enfants à charge tels que définis par les statuts, le bulletin d'adhésion et le règlement mutualiste.

11.1 Définition de l'ayant droit

Personne bénéficiant des prestations de la garantie souscrite par l'adhérent selon les critères définis aux articles suivants.

11.2 Conditions d'adhésion

Est considéré comme ayant droit, le conjoint au titre d'un contrat de mariage, le partenaire de PACS, le concubin ou encore les enfants de l'adhérent et/ou du bénéficiaire.

Les enfants de l'adhérent et/ou du bénéficiaire, en qualité d'ayants droit, sont couverts jusqu'à la fin de l'année civile de leurs 28 ans, sous réserve de fournir un certificat de scolarité. Les enfants à charge de leurs parents présentant une carte d'invalidité sont assimilés aux enfants de moins de 28 ans.

Tous les ayants droit doivent être ressortissants d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Toute demande d'affiliation de bénéficiaire(s) au titre d'une adhésion, doit être formulée auprès de la Mutuelle au moyen du bulletin d'adhésion complété, signé et accompagnée des pièces justificatives requises.

Postérieurement à l'adhésion, seul l'adhérent peut demander l'affiliation d'ayants droit en complétant un bulletin d'adhésion modificatif.

Toutefois, à leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être adhérents en propre sans l'intervention de leur représentant légal.

11.3 Date d'effet

Les garanties des ayants droit sont identiques à celles de l'adhérent.

Elles prennent effet en même temps que celles de l'adhérent lorsque les ayants droit sont affiliés concomitamment à l'adhésion de l'adhérent.

En cas de changement de situation familiale entraînant l'adjonction d'un ayant droit, les garanties prennent effet pour l'intéressé à la date figurant sur le bulletin de modification, sous réserve que celle-ci soit effectuée dans les 3 mois de l'évènement.

11.4 Cessation des droits

La cessation des droits de l'adhérent entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses ayants droit.

La cessation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre cotisant.

11.4.1 : Résiliation à l'échéance

L'adhérent peut mettre fin chaque année à l'affiliation d'un ayant droit. Cette demande doit être adressée au moins 2 mois avant la date d'échéance (soit au plus tard le 31 octobre). La demande doit respecter le formalisme prévu à l'article « Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent » du présent règlement mutualiste.

11.4.2 : Perte de la qualité d'ayant droit

L'ayant droit qui ne répond plus aux conditions mentionnées à l'article « Adhésion d'ayants droit, date d'effet, cessation » du présent règlement mutualiste, perd cette qualité et est radié à la fin du mois qui suit le changement de sa situation.

Les enfants de plus de vingt-huit (28) ans perdant la qualité d'ayant droit peuvent conserver leurs garanties à condition de cotiser isolément comme adhérent à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle où ils atteignent leur 28^{ème} anniversaire.

11.4.3 : Drogations

Par dérogation, la radiation de l'ayant droit peut s'effectuer en cours d'année, sur demande de l'adhérent, en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- séparation (divorce, rupture de PACS, rupture du concubinage),
- affiliation de l'ayant droit à une Mutuelle d'entreprise obligatoire.

La preuve se fait sur présentation, dans les 3 mois suivant la date de l'évènement, de tous documents justifiant du changement de situation.

La radiation est effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception des justificatifs par la Mutuelle. Lorsque cette réception est postérieure au 20 du mois en cours, la Mutuelle se réserve le droit d'acter la radiation au plus tard le 1^{er} jour du deuxième mois suivant la réception de la demande.

En l'absence de justificatifs, la radiation se réalise au 31 décembre de l'année en cours.

TITRE II : VIE DU CONTRAT

Article 12 : Changement de situation

L'adhérent a l'obligation, tout au long de son adhésion, de déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout changement d'adresse, de situation familiale (naissance, mariage, divorce, décès) ou de situation au regard du régime matrimonial.

En cas de décès d'un bénéficiaire (adhérent ou ayant droit), le certificat de décès doit être adressé dans un délai d'un mois suivant le décès. La radiation intervient au jour du décès.

Article 13 : Modifications à l'initiative de l'adhérent

13.1 : Demande de modification

Les demandes de modification des mentions portées au bulletin d'adhésion devront faire l'objet d'une demande écrite de l'adhérent notamment celle résultant :

- d'un changement de situation au regard des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire français,
- d'un changement de fréquence de paiement,
- d'un changement d'adresse,
- d'un changement de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation familiale.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La demande de modification doit parvenir à la Mutuelle avant le 10 du mois en cours pour être appliquée au prélèvement du mois suivant.

13.2 : Changement de garantie principale

Tout changement de garantie principale entrainera la souscription d'une nouvelle adhésion (ce qui a pour conséquence de refaire partir un délai de douze (12) mois ouvrant droit à la résiliation infra annuelle). Ce changement est autorisé en cours d'année sous réserve d'une durée d'adhésion dans la précédente garantie de douze (12) mois. Elle prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Par exception, le changement à la baisse peut être accepté en cours d'année par la Mutuelle sans avoir à justifier d'une année d'ancienneté dans l'ancienne garantie, s'il est justifié par des difficultés économiques durables et imprévisibles. Sont considérées comme telles : le chômage,

la perte d'emploi, le décès. Elle prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

L'adhérent doit être à jour de ses cotisations pour demander un changement de formule.

Article 14 : Modifications à l'initiative de la Mutuelle

Les prestations peuvent être modifiées à tout moment par le Conseil d'administration qui prend sa décision au regard des principes fixés par l'Assemblée générale. Toute modification s'applique au plus tôt à compter de sa notification à l'adhérent.

Article 15 : Renforts optionnels responsables

15.1 : Adhésion

Les renforts optionnels responsables, rattachés au présent règlement mutualiste, sont uniquement proposés aux adhérents de la Mutuelle et à leurs ayants droit. Ils se cumulent uniquement avec certaines garanties, indiquées au tableau de garanties.

Adhésion concomitante à la garantie principale :

L'adhésion à un renfort optionnel responsable peut-être concomitante à celle de la garantie principale, dans ce cas l'adhésion prendra effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Elle vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits au contrat.

Adhésion en cours d'année :

En cas d'adhésion en cours d'année, celle-ci prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande, adressée à la Mutuelle par écrit avant le 31 décembre. Elle vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits au contrat.

15.2 : Changement de renfort optionnel responsable

Le changement de renfort optionnel responsable est possible au 1^{er} janvier suivant la demande, sous réserve que celle-ci soit effectuée par écrit avant le 31 décembre.

15.3 : Résiliation

La résiliation du renfort optionnel responsable suit les mêmes modalités citées à l'article « Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent » du présent règlement mutualiste, à l'exception de la faculté de résiliation infra annuelle qui ne peut s'appliquer sur le renfort optionnel responsable. Elle vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits au contrat.

En cas de résiliation d'un renfort optionnel responsable, une nouvelle souscription à un de ces renforts ne pourra intervenir qu'après trois ans suivant la date d'effet de la résiliation de cette option.

La résiliation de la garantie principale responsable frais de santé entraîne la résiliation du renfort optionnel responsable.

TITRE III : FIN DE L'ADHÉSION

Article 16 : Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent

La résiliation à l'initiative de l'adhérent peut intervenir dans les conditions suivantes :

16.1 : Formalisme à respecter

Lorsque l'adhérent dénonce son adhésion au règlement mutualiste, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ;
- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par un mode de communication à distance, lorsque le contrat a été conclu par ce biais.

L'adhérent doit joindre les pièces justificatives à sa demande.

La Mutuelle confirme la réception de cette notification par écrit à l'adhérent.

L'adhérent doit être à jour de ses cotisations et est tenu de restituer la (ou les) carte(s) de tiers-payant en sa possession. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes dues et pour toute utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent après résiliation.

16.2 : Résiliation à l'échéance

L'adhérent peut résilier son adhésion chaque année à l'issue de la période d'engagement minimal de douze mois. La demande de résiliation doit être adressée au moins 2 mois avant la date d'échéance (au plus tard le 31 octobre). La résiliation prend effet au 31 décembre de l'année en cours.

A défaut, l'adhésion se reconduit pour une nouvelle période d'une année.

16.3 : Résiliation Loi Châtel

En application des dispositions de la loi Châtel applicable aux contrats individuels, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

L'adhérent dispose d'un délai de 20 jours suivant l'envoi de cet avis (le cachet de la poste faisant foi) pour dénoncer la reconduction de son contrat.

La dénonciation ne dispense pas l'adhérent du paiement de l'intégralité de la cotisation du mois en cours.

16.4 : Résiliation infra annuelle

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en cours d'année après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de première souscription au contrat (*tout changement de garantie principale entraîne la souscription d'un nouveau contrat*), sans frais ni pénalités. La dénonciation prendra effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.

La Mutuelle confirme par écrit la notification de la dénonciation.

L'adhérent n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde à l'adhérent.

La Mutuelle remboursera les cotisations trop payées dans un délai de trente jours après la prise d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où la Mutuelle reçoit une résiliation de la part d'un autre organisme pour résilier le contrat en lieu et place de l'adhérent, la Mutuelle procède à la résiliation, si la demande est conforme aux textes réglementaires applicables. La résiliation prendra effet un (1) mois après la réception de la notification de la résiliation. La Mutuelle et le nouvel organisme s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent durant la procédure. La Mutuelle confirme alors la résiliation par un avis de résiliation.

16.5 : Résiliation exceptionnelle

Résiliation en cas de bénéfice d'une autre couverture :

Un adhérent peut demander la résiliation de sa garantie en cours d'année s'il répond à l'un des cas suivants :

- être bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle ;
- être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif par le biais de son emploi (*ou de celui de son conjoint lorsque sa Mutuelle est obligatoire pour ses ayants droit, notamment lorsque la structure de cotisation est dite « famille »*), et sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle ;

Pour ces deux cas, la résiliation du contrat sera effective à la fin du mois précédant l'entrée en vigueur des nouvelles garanties, sous réserve de la communication des justificatifs.

Résiliation en cas de modification des conditions d'adhésion :

Un adhérent peut demander la résiliation de son adhésion en cours d'année en cas de survenance d'un changement de domicile, de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, ou en cas de changement de profession, sous réserve cependant que la modification de situation ait entraîné une modification de l'objet de la garantie pour la Mutuelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet à la fin du mois suivant la notification de la résiliation et la communication des justificatifs associés.

Résiliation pour départ à l'étranger :

L'adhérent qui quitte la France, sans demeurer affilié au régime de Sécurité sociale français, peut demander la résiliation de son adhésion.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet à la fin du mois suivant la notification de la résiliation et la communication des justificatifs associés.

16.6 : Restitution de la carte de tiers payant

L'adhérent qui quitte la Mutuelle pour quelque cause que ce soit est tenu de restituer la (ou les) carte(s) de tiers-payant en sa possession.

Article 17 : Radiation et exclusion de l'adhérent par la Mutuelle

17.1 : Radiation pour défaut de paiement

La Mutuelle peut résilier la garantie et procéder à la radiation de l'adhérent en cas de non-paiement de la cotisation(s) ou d'une fraction de cotisation(s), selon les modalités prévues aux articles « Radiation et exclusion de l'adhérent par la Mutuelle » et « Défaut de paiement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

17.2 : Exclusion pour atteinte aux intérêts de la Mutuelle et fausse déclaration

La Mutuelle peut exclure les adhérents qui portent atteinte aux intérêts de la Mutuelle, selon la procédure prévue à l'article 13 des statuts.

Peuvent être exclus les adhérents qui auront, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations, entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la mutualité.

La Mutuelle pourra exclure tout adhérent lorsque ce dernier par fausse déclaration intentionnelle a cherché à percevoir des prestations indues et de manière générale en cas d'acte ou omission commis intentionnellement par un assuré afin d'obtenir un avantage ou un bénéfice de façon illégitime, illicite ou illégal.

Peut également être exclue toute personne qui aura causé un préjudice, matériel ou moral, à la Mutuelle dûment constaté par la Mutuelle.

Article 18 : Incidence de la fausse déclaration

18.1 : Fausse déclaration intentionnelle

En application de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'assuré est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle, de la part de l'adhérent ou de ses ayants droits, quand cette réticence ou cette fausse déclaration est de nature à affecter l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Aucun versement de prestation et aucun remboursement de cotisations ne peuvent intervenir. L'adhérent et ses ayants droits sont déchus de tout droit à garantie.

Dans le cas où les faits délictueux ne sont constatés qu'après le versement de prestations, la Mutuelle en demande le remboursement à l'adhérent.

18.2 : Déclaration inexacte

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation.

À défaut d'accord de l'assuré, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus.

Après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'assuré par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 19 : Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de l'adhérent et à l'égard de ses ayants droit lorsqu'ils sont affiliés :

- à la date de résiliation, de la radiation ou de l'exclusion,
- à la date du décès de l'adhérent.

En cas de cessation des garanties, l'adhérent doit restituer ses cartes de tiers payant à la Mutuelle. Toute utilisation de ces cartes alors que l'adhérent et ses ayants droits ne sont plus couverts par la garantie constitue un délit pouvant donner lieu à des poursuites par la Mutuelle.

Toute prestation versée à tort par la Mutuelle alors que l'adhérent et ses ayants droit ne sont plus couverts devra être remboursée.

TITRE IV : COTISATIONS

Article 20 : Fixation des cotisations – mode de calcul

Le montant de la cotisation est fixé par décision du Conseil d'administration conformément aux statuts.

Elle peut être variable selon le régime, la composition familiale, l'âge de chaque bénéficiaire, la région de domiciliation et la durée d'appartenance à la Mutuelle.

Lorsque le montant des cotisations évolue en raison du changement d'âge dans l'année d'assurance, le changement d'âge s'applique au 1^{er} janvier de l'exercice, l'âge étant déterminé par différence de millésime. Les tarifs sont déterminés âge par âge ou par période quinquennale. Cette information est portée sur le descriptif de la garantie ou sur le devis fourni à la demande de l'adhérent.

Article 21 : Actualisation des cotisations

Le montant des cotisations peut être actualisé, sur décision du Conseil d'Administration dans les mêmes conditions que ci-dessus, en fonction des évolutions réglementaires, de l'évolution du cahier des charges du contrat responsable, des résultats techniques du produit, de l'indice d'évolution des dépenses de santé ou encore en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

Les modifications s'appliquent à partir de leur notification aux adhérents.

Article 22 : Paiement des cotisations

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (*mensuelle, trimestrielle, annuelle*). Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 23 : Défaut de paiement des cotisations

Les cotisations doivent être réglées au plus tard le 15 du mois ou du 1^{er} mois du trimestre en cours. À défaut de règlement dans ce délai, des lettres de relances sont adressées aux adhérents concernés par un impayé de cotisations.

Chaque relance fait apparaître l'intégralité des cotisations dues ainsi que, le cas échéant, les frais bancaires et de gestion administrative générés par ces impayés.

S'agissant des cotisations réglées par prélèvement, en cas de rejet, le prélèvement peut faire l'objet d'une nouvelle présentation à l'échéance suivante. Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours suivant son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Mutuelle adresse, en pli recommandé, une lettre de rappel valant mise en demeure, avisant l'adhérent de la suspension des garanties au bout de 30 jours après l'envoi de cette mise en demeure. La Mutuelle a le droit de résilier la garantie dix jours après l'expiration des 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de la garantie.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les frais occasionnés par la récupération des cotisations impayées sont réclamés aux adhérents.

Tout adhérent radié pour cause de cotisations impayées peut demander à nouveau son adhésion à la Mutuelle après paiement intégral de la dette antérieure.

TITRE V : PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 24 : Prise d'effet des prestations

La date d'effet de l'ouverture des droits à certaines prestations est reportée par l'application d'un délai d'attente indiqué dans le présent règlement mutualiste ou dans le tableau des garanties.

Article 25 : Droits aux prestations

L'étendue et le montant des prestations sont fonction de la garantie souscrite.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins se situent avant la date d'effet du contrat et/ou après la date d'effet de la résiliation du contrat ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

En principe, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour des soins dispensés par un praticien qualifié et dans les conditions prévues par le régime obligatoire de la Sécurité sociale et la réglementation applicable à l'exception des prestations des postes « Prévention » et « Participation Activités Sportives ou Intellectuelles ».

Pour les prises en charge des garanties de médecines douces, les praticiens concernés doivent disposer d'un numéro ADEL ou RPPS. Pour le cas spécifique de l'ostéopathe : les factures doivent mentionner « ostéopathe DO ».

Pour percevoir les prestations, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations.

Article 26 : Calcul des prestations

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions du présent règlement mutualiste. En cas de non-respect de ces dernières, la Mutuelle peut être amenée à ne pas suivre le remboursement de la Sécurité sociale. La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la Base du Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire incluent la part de remboursement du régime obligatoire en vigueur à la date d'ouverture du droit aux prestations.
- soit sur des bases forfaitaires. En cas de dépenses de soins prises en charge par le régime obligatoire, le ticket modérateur est inclus dans le forfait, sauf indication contraire figurant au tableau de garanties.

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de maladies, accidents ou maternité

postérieurement à l'affiliation de l'adhérent et pendant la durée de cette affiliation.

Les taux et bases de remboursement pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins.

Pour les prothèses et l'optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de facturation des soins.

Le montant des remboursements prévus, ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un organisme d'assurance complémentaire ou éventuellement un tiers responsable.

Sauf mention contraire au tableau de garanties, le forfait ou le reliquat du forfait non utilisé ne peuvent pas être reportés à l'année suivante.

Les frais de Chambre particulière et d'accompagnant sont soumis à une limitation de durée.

Pour connaître les taux et bases de remboursement et de prise en charge : **se reporter au tableau de garanties.**

Article 27 : Paiement des prestations

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les demandes de prestations doivent être reçues avant l'expiration du délai de prescription de 2 ans à compter de la date de l'évènement, et être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- le décompte de remboursement du régime obligatoire, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par le régime obligatoire,
- la facture datée, acquittée et détaillée de l'établissement concerné, du fournisseur ou du praticien précisant la date et la nature des soins en cas de dépassements d'honoraires ou d'hospitalisation, et portant les éléments permettant l'identification de l'établissement, fournisseur ou du praticien (*noms, prénoms, adresse professionnelle, numéro de téléphone, qualification voire sa situation : conventionné ou non, numéro ADELI voire Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), selon la qualité du praticien*),
- éventuellement, la copie du décompte de prestations établi par un autre organisme complémentaire,
- toute autre pièce figurant à l'annexe 1 « pièces justificatives à fournir pour un remboursement ».

Selon la nature des soins engagés ou en cas de nécessité, des documents complémentaires avant ou après paiement et/ou avant ou après exécution des soins pourront être demandés et notamment les documents originaux. Le défaut de communication de ces documents complémentaires pourrait entraîner une suspension du versement des prestations concernées jusqu'à production des pièces demandées. A défaut de communication des pièces demandées, l'adhérent encourt le risque d'être exclu de la Mutuelle.

Si l'adhérent principal le demande, les prestations sont servies directement au membre adhérent pour l'ensemble des ayants droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ouvert auprès d'un établissement bancaire situé au sein de l'Espace Economique Européen ou à Monaco.

Seuls les IBAN situés au sein de l'Espace Economique Européen ou à Monaco sont pris en compte pour le remboursement des prestations.

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de Sécurité sociale pour effectuer le remboursement des prestations, la Mutuelle paye directement l'adhérent et pourra demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle. Les adhérents ont la possibilité conformément à la législation en vigueur de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Le paiement peut être effectué par un autre organisme, avec lequel la Mutuelle a conclu une convention de gestion.

L'envoi des décomptes de paiement des prestations d'un montant inférieur à celui défini par le Conseil d'administration peut être différé jusqu'à ce que la totalité des prestations dues au titre de plusieurs demandes atteigne ce montant ; dans tous les cas, un envoi de décompte est effectué une fois par mois au minimum.

Dans le cas où les décomptes sont mis à disposition sur un espace personnel, aucun montant minimum n'est requis.

En cas de décision judiciaire, les prestations sont servies à la personne ou à l'organisme ayant obtenu la garde de l'enfant ou assumant la tutelle de l'incapable majeur.

Les prestations sont payables en euros.

Article 28 : Tiers payant

28.1 : Principe de base

Pour toutes ses garanties responsables, la Mutuelle propose le tiers payant dans le respect des dispositions prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

La Mutuelle ne saurait être tenue pour responsable en cas de refus du tiers payant par un professionnel de santé.

A la cessation des garanties, l'adhérent doit restituer sa carte de tiers payant dans les meilleurs délais et en informer les professionnels de santé. A défaut les sommes avancées à tort par la Mutuelle seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu conformément à l'article « Prestations indues » du présent règlement mutualiste. L'utilisation de la carte par un adhérent dont l'adhésion est suspendue ou résiliée constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

28.2 : Champ d'application du tiers payant

Identités Mutuelle met en œuvre le tiers payant pour :

- Le ticket Modérateur des actes et prestations remboursables par l'assurance maladie et obligatoirement pris en charge au titre d'un contrat responsable ;
- La participation forfaitaire ;
- Le forfait journalier hospitalier.

Mais aussi lorsque les garanties qui excèdent les obligations minimales prévues par le contrat responsable, à condition qu'une convention ait été signée avec le professionnel de santé :

- Sur les lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire ;
- Sur l'optique ;
- Sur les aides auditives ;
- Dans le cadre d'une hospitalisation sur la chambre particulière ;
- Avec les professionnels de santé ayant signé une convention avec Identités Mutuelle :
 - à hauteur du ticket Modérateur pour la location de matériel médical ;
 - à hauteur du ticket Modérateur et dépassement selon la garantie pour l'achat de petit ou de grand appareillage ;
- Sur les médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques, certaines préparations magistrales et les médicaments à service médical faible (*et de manière générale sur l'ensemble des médicaments pris en charge par le régime obligatoire*) ;
- Sur la radiologie ;
- Sur le laboratoire sauf pour les actes hors nomenclature ;
- Pour les honoraires paramédicaux (*infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes, radiologues*) ;
- Sur les centres dentaires mutualistes et les centres de soins dentaires de la Sécurité sociale.

Chaque adhérent reçoit de l'opérateur de tiers payant une carte d'adhérent nominative portant mention de ses ayants droit et des actes susceptibles de bénéficier du tiers payant.

Article 29 : Principe indemnitaire et pluralité d'assurance

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies ou à servir par la Mutuelle et un ou plusieurs autres organismes assureurs donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les garanties servies par la Mutuelle sont réduites à due concurrence. L'adhérent doit obligatoirement communiquer à la Mutuelle les relevés de prestations d'ores et déjà obtenus par d'autres organismes assureurs afin que le montant total des remboursements n'excède pas les frais réels engagés.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par un contrat individuel d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par le contrat dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses statuts.

Si l'adhérent a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre l'adhérent.

Article 30 : Prestations indues

L'adhérent rembourse à la Mutuelle les prestations versées et perçues à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

TITRE VI : DÉFINITION ET DESCRIPTION DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

Article 31 : Définition des prestations

31.1 : Principe général

La garantie a pour objet de servir à l'adhérent des prestations à l'occasion des frais médicaux, chirurgicaux, et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le présent règlement mutualiste. Cette garantie peut être étendue aux ayants droits de l'adhérent.

L'étendue et le montant des prestations sont fonction de la garantie souscrite. Les montants ou taux de remboursement de la Mutuelle des prestations sont présentés dans les tableaux de garanties.

31.2 : Spécificités relatives aux contrats responsables

Le présent règlement mutualiste répond aux dispositions relatives aux contrats responsables prévues par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et à l'ensemble de la réglementation relative à ces contrats. Il répond ainsi aux obligations, plafonds et exclusions de prise en charge prévus par le cahier des charges du contrat responsable et couvre ainsi les dispositifs d'optique médicale, aides auditives et les soins prothétiques dentaires relevant du « 100% santé ».

Spécificités relatives aux contrats responsables :

- remboursement différent des dépassements d'honoraires selon que le professionnel adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)
- prise en charge obligatoire du ticket Modérateur de l'ensemble des catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15%. Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge de celui-ci.

Est exclue la prise en charge :

- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés,
- des participations forfaitaires et franchises visées à l'article L.322-2 II et L.322-2 III du Code de la Sécurité sociale fixées à ce titre par la législation de la Sécurité sociale en vigueur et à venir,
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'adhérent sans prescription préalable de son médecin traitant dont les montants sont fixés par décret.

Les montants minimums et maximums de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements d'optique médicale et des aides auditives évoluent conformément au cahier des charges du contrat responsable. Les remboursements de frais s'effectueront conformément à celui-ci.

Ces modifications sont intégrées dans le tableau des garanties.

Sur l'ensemble des postes de garanties, la Mutuelle prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (à l'exclusion des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie), le ticket modérateur de l'ensemble des actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire ainsi que le ticket modérateur forfaitaire.

Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge du ticket modérateur sur les actes remboursables.

Un délai d'attente peut en revanche être appliqué aux prestations couvrant la prise en charge des dépassements de tarifs, comme en optique ou en dentaire par exemple.

Le forfait journalier en établissement hospitalier est pris en charge sans limitation de durée.

Les planchers et plafonds de prise en charge des dépassements de tarifs, s'ils sont couverts, figurent au tableau de garanties.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, les conditions de prise en charge et le niveau de remboursement différent selon que le médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM). Le DPTAM rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés par l'Assurance Maladie Obligatoire : OPTAM et OPTAM-CO. L'OPTAM désigne l'option par laquelle les médecins s'engagent à respecter une pratique tarifaire maîtrisée. L'OPTAM-CO a le même objectif mais cette option est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie et obstétrique.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements de tarifs en optique, ces planchers et plafonds (ticket modérateur inclus) sont différenciés par type d'équipement.

La prise en charge des dépassements de tarifs en optique est précisée à l'article « Description des prestations » du présent règlement mutualiste.

Le tableau de garanties précise les conditions de prise en charge, le cas échéant, des actes non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, et des actes hors nomenclature ; des cures thermales ; des médicaments remboursés à 15% et 30% (dont l'homéopathie).

Article 32 : Description des prestations

32.1 : Prestations en optique

Forfaits « lunettes »

Les forfaits « lunettes » prennent en charge un seul équipement d'optique médicale composé de deux verres correcteurs et d'une monture par période de deux ans suivant la date de facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'adhérent acquiert son équipement en deux temps (*d'une part la monture, d'autre part les verres*), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (*verres ou monture*) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Conformément au cahier des charges du contrat « responsable » et au tableau de garanties, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique fait l'objet d'un plafonnement et le montant global de prise en charge varie en fonction du niveau de correction et de la complexité des verres de la manière suivante :

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est \leq à +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est \leq à 6 dioptries

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est $>$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est $<$ -6 dioptries et dont le cylindre est \geq 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $>$ à 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8 et 0 dioptries et dont le cylindre est \leq à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est \leq à 8 dioptries

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8 et 0 dioptries et dont le cylindre est $>$ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est $<$ -8 dioptries et dont le cylindre est \geq à 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $>$ à 8 dioptries

Le droit au forfait est subordonné à l'existence d'une prescription médicale et d'un remboursement préalable par le régime obligatoire. Tous les forfaits s'entendent comme incluant le montant du ticket modérateur.

La période d'utilisation de chacun des forfaits « lunettes » débute à la date de facturation de l'équipement et s'achève deux ans après. Cette période est fixe. Ainsi, sauf dérogation prévue par la réglementation, tout renouvellement de l'équipement d'optique dans un délai inférieur à 24 mois suivant la date de facturation du dernier équipement ne pourra donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle.

Dérogations à la durée biennale de la période d'utilisation des forfaits (cf annexe 2) :

Les enfants de moins de 16 ans et les personnes devant changer d'équipement optique en raison de l'évolution de la vue constatée par une prescription médicale délivrée par un ophtalmologue ou par l'opticien, peuvent bénéficier d'un forfait optique une fois par an. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la périodicité de renouvellement est de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires,
- en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les bénéficiaires présentant un défaut de vision de près et un déficit de vision de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prennent en charge deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (*plancher, plafond, délai de renouvellement*).

Les forfaits « lunettes » s'appliquent, en fonction de la garantie souscrite, à chacun des deux équipements considérés individuellement.

Si la demande de remboursement est faite simultanément pour les deux équipements, il ne pourra y avoir de remboursement par la Mutuelle l'année qui suit, sauf pour les mineurs, et les majeurs en cas d'évolution de la vue justifiant un changement d'équipement.

Équipements 100% santé mixtes :

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement.

Lentilles optiques : selon la garantie souscrite, le forfait « Lentilles » prend en charge les lentilles correctrices remboursées ou non par le régime obligatoire, uniquement sur prescription médicale. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses et dans la limite des frais réels.

Forfait chirurgie réfractive : pour les garanties qui le prévoient, le forfait est versé sur la période d'un an et n'est pas subordonné à une prise en charge préalable par le régime obligatoire.

Les dépenses d'acquisition de dispositifs d'optique médicale « 100% santé » exposées par l'adhérent sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation. S'agissant des dispositifs « hors 100% santé » la prise en charge des équipements d'optique médicale respecte les plafonds et les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

32.2 : Prestations en audiologie

Le contrat responsable distingue deux classes d'aides auditives :

- Les équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP doivent être remboursés à hauteur de 100% des frais réels.
- Les équipements de Classe II (« à tarifs libres ») pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge des aides auditives de Classe II est précisé dans le tableau des garanties et ne peut en tout état de cause excéder 1700 € par oreille (*incluant la part des dépenses prise en charge la Sécurité sociale et le ticket modérateur, hors prestations annexes telles que les consommables, piles ou accessoires*).

Quel que soit le niveau de garanties souscrit, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil (*Classe I et II*). L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « 100% santé » exposées par l'adhérent sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation. Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « hors 100% santé » exposées par l'adhérent respectent les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

32.3 : Prestations en dentaire

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes garanties « DENTAIRE ».

Les actes relevant du « 100% santé » tels que définis réglementairement sont remboursés par la Mutuelle, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).

S'agissant des actes « hors 100% santé », le remboursement dépend du détail du type de l'acte réalisé (*couronne, implant...*) ou du type de prothèse (*fixe, amovible...*), du matériau ou de l'emplacement de la dent.

L'annualité du plafond des prestations dentaires prévu par le tableau des garanties est évaluée à partir de la date d'effet de l'adhésion de chaque bénéficiaire à la formule de garanties. La part non consommée une année n'est pas reportée sur l'année suivante.

Contrôle dentaire :

La Mutuelle peut soumettre pour avis les dossiers à son chirurgien-dentiste consultant afin de contrôler la cohérence des travaux dentaires proposés et les travaux réalisés, quelle que soit la nature des soins.

La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

32.4 : Frais d'hospitalisation

Les frais d'hospitalisations sont pris en charge conformément au tableau des garanties selon la formule choisie par l'adhérent.

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge par la Mutuelle :

- des honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste,
- de la participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 €,
- des frais de séjour,
- du forfait journalier hospitalier,
- des frais de transport, sous réserve d'une prise en charge par la Sécurité sociale,
- de la chambre particulière,
- des frais/lit d'accompagnant.

La césarienne constitue un acte de chirurgie. Les dépassements d'honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste dans le cadre d'un accouchement par césarienne sont pris en charge au titre de l'hospitalisation. **Les dépassements d'honoraires liés à des actes obstétricaux (hors anesthésie péridurale) effectués dans le cadre d'un accouchement par voie basse ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.**

32.5 : Remboursement matériel médical

Selon la garantie souscrite, la Mutuelle prend en charge tout ou partie des frais engagés sur les petits et grands appareillages, autres prothèses et orthopédie, qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le matériel médical remboursable par l'assurance maladie obligatoire est recensé sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) disponible sur le site internet de l'assurance maladie.

Article 33 : Exclusions de garanties

Sauf indications contraires au tableau des garanties, sont exclus du contrat les :

Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle les actes non pris en charge par les Régimes Obligatoires, à l'exception toutefois des actes spécifiques mentionnés à l'article « CONTRAT RESPONSABLE ».

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle, les sinistres non pris en charge par le Régime Obligatoire, résultant notamment de cures, traitement et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique et tous soins non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle, les actes hors nomenclature.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Soins réalisés antérieurement à la date d'Adhésion

L'ensemble des soins réalisés antérieurement à la date d'Adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à la prise en charge de la part de la Mutuelle.

Séjours en milieu hospitalier

Ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle, les séjours en maison de retraite, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que les séjours en milieu hospitalier non conventionné par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

TITRE VII : PRESTATIONS ANNEXES

Si le tableau des garanties les prévoit, l'adhérent bénéficie des garanties et prestations suivantes :

Article 34 : Garantie d'assistance en inclusion

L'adhérent qui bénéficie de la garantie santé a droit, pour lui-même et ses ayants droit, à la garantie d'assistance comprenant des services d'assistance définies dans la notice d'information et dans le résumé des prestations remise à l'Adhérent préalablement à son Adhésion.

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice des adhérents.

La garantie d'assistance est comprise dans le présent règlement mutualiste. L'adhésion à cette garantie est obligatoire, conformément aux dispositions de l'article L221-3 du Code de la mutualité.

Les cotisations complémentaires santé incluent la cotisation au titre de cette garantie.

Article 35 : Téléconsultation Medaviz

L'adhérent qui bénéficie de la garantie santé a droit, pour lui-même et ses ayants droit, au service « MEDAVIZ » comprenant des services de mise en relation avec des professionnels de santé et de téléconsultation. Ce service est porté par la SAS PODALIRE dans le cadre d'un contrat souscrit par la Mutuelle au bénéfice des adhérents.

Les modalités de fonctionnement du service « MEDAVIZ » sont définies dans la brochure remise à l'adhérent préalablement à son adhésion.

La cotisation au titre de cette garantie est prise en charge par Identités Mutuelle.

TITRE VIII : GARANTIES NAISSANCE/ADOPTION

Selon la garantie souscrite, l'adhérent peut bénéficier d'une exonération des cotisations de l'enfant en cas de naissance ou d'adoption ou du versement d'un forfait en euros.

Article 36 : Exonération des cotisations en cas de naissance ou d'adoption

Sous réserve qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties remis à l'adhérent, celui-ci peut bénéficier d'une exonération des cotisations de l'enfant inscrit au contrat en tant qu'ayant droit pendant une durée de six (6) mois.

Elle est attribuée sur présentation : d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Elle est subordonnée à l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption.

En cas de naissances multiples, l'exonération est acquise à chaque enfant. L'adoption d'un enfant est assimilée à une naissance, si l'enfant a moins de 12 ans le jour de l'adoption.

Article 37 : Forfait naissance/adoption

Selon la garantie souscrite, le forfait naissance / adoption est versé sur présentation : d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Son versement est subordonné à l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption.

En cas de naissances multiples, le forfait versé peut être multiplié par le nombre d'enfants.

L'adoption d'un enfant est assimilée à une naissance, si l'enfant a moins de 12 ans le jour de l'adoption.

TITRE IX : GARANTIES DÉCÈS

Article 38 : Allocation obsèques

Selon la garantie souscrite, une allocation obsèques peut être versée. Celle-ci peut prendre la forme d'une exonération des cotisations ou d'un forfait obsèques.

38.1 Exonération des cotisations en cas de décès

Décès de l'adhérent principal :

Si la garantie « exonération des cotisations » est mentionnée dans le tableau des garanties, le décès de l'adhérent donne droit à son conjoint, partenaire de PACS ou concubin affilié en tant qu'ayant droit, à poursuivre le contrat en son nom propre, et à affilier les enfants qui avaient la qualité d'ayant droit de l'adhérent à la date du décès, sans contrepartie de cotisations pendant une durée déterminée au tableau des garanties.

La garantie est déclenchée par une demande d'adhésion au contrat du conjoint partenaire de PACS ou concubin survivant, accompagnée du certificat de décès de l'adhérent.

Décès d'un ayant droit (âgé de plus de douze (12) ans) :

Le décès d'un ayant droit donne droit à l'adhérent principal à une exonération des cotisations pendant une période déterminée au tableau des garanties, sous réserve de fournir un certificat de décès de l'ayant droit.

Délai d'attente applicable :

Cette garantie prend effet à l'issue d'un délai d'attente dont la durée est mentionnée dans le tableau des garanties. En cas de décès de l'adhérent principal ou d'un ayant droit avant l'expiration du délai d'attente, la garantie ne pourra s'appliquer.

38.2 : Forfait obsèques

Décès de l'adhérent principal ou de l'ayant droit (âgé de plus de douze (12) ans) :

Si la garantie forfait obsèques est mentionnée dans le tableau des garanties, le décès de l'adhérent principal ou d'un ayant droit ouvre droit au paiement d'un capital forfaitaire destiné à couvrir tout ou partie de ses frais d'obsèques et dont le montant est mentionné dans le tableau des garanties.

Délai d'attente applicable :

Selon la garantie souscrite, un délai d'attente peut être appliqué, dont la durée est indiquée au tableau de garanties et durant lequel le décès de l'adhérent principal ou d'un ayant droit n'ouvre pas droit au paiement du forfait obsèques.

Pièces justificatives :

Le forfait obsèques est versé en cas de décès de l'adhérent principal ou d'un de ses éventuels ayants droit âgés de 12 ans et plus, sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès,
- la facture des frais d'obsèques acquittée,
- le justificatif de l'identité de la personne ayant supporté les frais,
- un RIB.

Le forfait obsèques est versé à la personne qui a acquitté les frais d'obsèques.

Article 39 : Option allocation obsèques

L'adhérent principal et son conjoint au sens du présent règlement mutualiste, peuvent adhérer à « l'option allocation obsèques » complémentaire à la garantie principale « Frais de soins de santé » soit concomitamment à l'adhésion principale soit ultérieurement dans le cadre d'un ajout d'option. L'option allocation obsèques se cumule avec le forfait obsèques et l'exonération des cotisations en cas de décès si cela est prévue dans le tableau des garanties.

La résiliation de la garantie principale « Frais de soins de santé » met fin à l'option Allocations Obsèques.

Délai d'attente applicable :

L'option allocation obsèques n'ouvre droit à garantie qu'après expiration d'un délai d'attente mentionné au tableau des garanties décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion à l'option. En cas de décès de l'adhérent ou du conjoint avant l'expiration du délai d'attente, la garantie ne pourra s'appliquer.

Pièces justificatives :

L'Allocation Obsèques est versée en cas de décès de l'adhérent principal ou du conjoint, à la personne qui a supporté les frais d'obsèques, sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès,
- la facture des frais d'obsèques acquittée,
- un certificat d'hérédité,
- un certificat de porte fort en cas d'héritiers multiples,
- le justificatif de l'identité de la personne ayant supporté les frais,
- un RIB.

TITRE X : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 40 : Communication des frais de gestion et du ratio prestations / cotisations

En vertu des dispositions des articles L.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant toute souscription à un contrat individuel puis annuellement les frais de gestion de la Mutuelle ainsi que le ratio prestations / cotisations. Le montant des frais de gestion ainsi que du ratio prestations / cotisations figure sur le bulletin d'adhésion, sur l'avis d'échéance annuel ainsi que sur tout devis.

Frais de gestion : Les frais de gestion de la Mutuelle recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (*dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires*), les souscrire (*dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique*) et les gérer (*dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires*), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Ratio frais de gestion / cotisations : Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ratio prestations / cotisations : Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Article 41 : Prescription

Toutes actions dérivant de l'Adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la 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 de l'adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant Droit contre la 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 l'adhérent ou l'ayant Droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruptions de la prescription régies par les articles 2240 et suivants du Code civil sont détaillées ci-après :

- La reconnaissance par le débiteur de droit de celui-ci contre lequel il prescrivait, interrompt le délai de prescription (Art. 2240 du Code civil) ;
- La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion ;
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Art. 2244 du Code civil) ;
- La citation en conciliation lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice signifiée dans les délais de droit ;
- La désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un Risque.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcé ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers, d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Art. 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Art. 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou une opération collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- par la Mutuelle au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.
- par l'Assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 42 : Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L.224-8, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, dans les limites des dépenses supportées au titre de ses garanties.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la

victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

Article 43 : Modalités d'information des adhérents

D'une manière générale, toutes modifications des prestations, des cotisations et le cas échéant, les modifications des statuts et règlements de la Mutuelle sont portées à la connaissance des adhérents dans la lettre d'information de la Mutuelle et dans l'IMag et/ou par courrier individuel ou via tout support durable conformément à la réglementation en vigueur, notamment via les espaces sécurisés personnels en ligne.

Article 44 : Réclamation

La Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle pendant toute la vie du contrat. Ainsi, en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du bulletin d'adhésion ou du présent règlement mutualiste, l'adhérent peut adresser une réclamation soit :

- Par courrier postal à l'adresse suivante :
Identités Mutuelle
Service Qualité Réclamations
BP 20836
75828 Paris Cedex 17
- Par e-mail à l'adresse suivante :
reclamations@identites-mutuelle.com

La Mutuelle accuse réception dans un délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de la réclamation et y répondra dans un délai maximal de deux mois à compter de la réception dans le service.

Les documents en lien avec la réclamation seront conservés cinq ans à compter de la date de réception.

Article 45 : Médiation

Sous réserve d'avoir présenté une réclamation dans les conditions prévues à l'article « Réclamation », l'adhérent ou son ayant droit peut avoir recours au service du médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Le médiateur peut être saisi soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

www.mediateur-mutualite.fr

Lorsque la Mutuelle est informée que le service médiation a été saisi d'une demande d'un adhérent ou d'un ayant droit, elle dispose d'un délai de quinze jours à compter de la notification, pour répondre au médiateur et transmettre le dossier.

À réception du dossier, le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine (*si le dossier est complexe, le service médiation peut demander, aux parties concernées, un nouveau délai*).

Après réception de l'avis rendu par le Médiateur, la Mutuelle, l'adhérent et l'ayant droit disposent d'un délai de quinze jours pour accepter ou refuser la solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

Si l'adhérent n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux. La médiation est soumise au principe de confidentialité, sauf accord contraire des parties.

Article 46 : Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit d'effectuer des contrôles pour tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement mutualiste. A ce titre, elle peut demander la transmission de l'origine de toutes pièces qu'elle juge utile (*ordonnances, radiographies, factures, etc.*), le cas échéant à l'attention de son médecin conseil ou chirurgien-dentiste consultant sous pli cacheté portant la mention « Confidentialité », de nature à éclairer sa décision de prise en charge.

La Mutuelle peut également soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin conseil, un chirurgien-dentiste

consultant ou tout professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé sont à la charge de la Mutuelle. L'avis d'un autre médecin peut être sollicité par le bénéficiaire, à sa charge.

Le bénéficiaire est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (*analyses, radiographies, auscultation...*).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte, à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

En cas de désaccord avec le résultat, le bénéficiaire peut se faire représenter par le médecin ou praticien de santé de son choix, afin de mettre en place un examen médical contradictoire. Les honoraires de ce médecin ou praticien de santé sont à la charge du bénéficiaire.

Si à l'issue de cet examen le désaccord persiste, les parties choisissent un médecin ou dentiste tiers pour qu'il se prononce. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du domicile de l'adhérent de nommer l'expert.

L'avis du tiers médecin ou dentiste ne préjuge pas des droits du bénéficiaire et de la Mutuelle de recourir à la procédure de médiation et/ou d'intenter une action en justice.

Après réception de l'avis rendu par le troisième médecin ou troisième chirurgien-dentiste consultant, la Mutuelle et le bénéficiaire disposent d'un délai de quinze jours pour accepter ou refuser la solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

Les honoraires du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant choisi par la Mutuelle, restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard du bénéficiaire, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de ce dernier.

Le bénéficiaire peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.

En cas de refus d'un bénéficiaire de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations est refusé ou interrompu et les sommes indument versées sont restituées. En cas de régularisation de la situation, le paiement des prestations reprend sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

Article 47 : Secret professionnel

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère des informations liées à la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément à la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, la Mutuelle s'engage à :

- assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates, de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- préserver l'anonymat des informations.

Article 48 : Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents et leurs ayants droit éventuels.

Elle est ainsi fondée à demander aux adhérents et leurs ayants droit, la justification et/ou la vérification de leur identité, de leur situation professionnelle économique ou financière ; des informations relatives à la provenance ou la destination des fonds liés au contrat d'assurance, ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires.

A défaut d'obtenir les documents demandés, aucune souscription ne sera réalisée. Si la relation d'affaires a été établie, il sera alors mis fin à celle-ci.

La Mutuelle à l'obligation de déclarer à TRACFIN les sommes ou opérations dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou participent au financement du terrorisme.

Article 49 : Protection des données personnelles

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à l'adhésion, la gestion de l'adhésion (y compris commerciale) et l'exécution de

ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible d'utiliser les données pour :

- Le recouvrement et le contentieux ;
- Le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- Son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées. Ces traitements peuvent, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, avoir pour effet un allongement de l'étude du dossier, la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par la Mutuelle ;
- Dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours d'adhésion ou d'amélioration des offres et services ;
- Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant des données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses e-mail s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données sont traitées par le personnel habilité de la Mutuelle pour la réalisation des finalités et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Selon les finalités, elles pourront être transmises aux partenaires (incluant les filiales), sous-traitants, organismes professionnels ou organismes sociaux participants à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent être communiquées aux organismes officiels, aux autorités administratives ou judiciaires (tribunaux, médiateurs, officiers ministériels...), à toute autorité publique conformément à la loi, organismes tiers autorisés. S'agissant de la lutte contre la fraude, elles peuvent également être communiquées à l'Alfa (Association de lutte contre la fraude à l'assurance), au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires), et, le cas échéant, aux victimes d'actes de fraude ou leurs représentants.

Aucune donnée personnelle traitée ne fera l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales sans consentement de la personne concernée.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle notamment dans un référentiel sectoriel.

Elles sont susceptibles, dans de rares cas, de faire l'objet d'un transfert hors de l'Union Européenne. La Mutuelle met en œuvre les mesures permettant de garantir l'application de dispositions équivalentes à la réglementation européenne. Une information sur les données transférées et les destinataires pourra être fournie sur demande adressée au délégué à la protection des données.

Conformément au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données et à la loi informatique et libertés modifiée, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données et d'un droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après le décès, sauf si la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

L'exercice de ces droits peut être réalisé à l'adresse suivante :

*Identités Mutuelle
Service Qualité - Protection des données personnelles
BP 20836
75828 Paris Cedex 17*

Le délégué à la protection des données peut également être contacté par e-mail à l'adresse suivante : dpo@identites-mutuelle.com

En cas de réclamation relative au traitement de données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy, TSA 80715 75334 PARIS Cedex 07.

Conformément à l'article L561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par les traitements de surveillance des données liés à la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la CNIL.

Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité conformément à la législation en vigueur de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 50 : Action sociale

La Mutuelle dote annuellement un fonds social, destiné à apporter aux bénéficiaires faisant face à des difficultés économiques, financières, personnelles (dont l'état de santé), une aide financière. L'adhérent et ses ayants droit peuvent demander une aide exceptionnelle pour faire face à un reste à charge important lié à des dépenses de santé, ou encore pour faire face à des dépenses imprévues et/ou exceptionnelles liées à des problèmes de santé (cela peut notamment concerner l'aménagement de l'habitat suite à une invalidité ou à un handicap, ou encore suite au vieillissement de la personne).

Cette aide est attribuée dans la limite des fonds disponibles après étude du dossier par la Commission d'action sociale désignée à cet effet.

La décision de la Commission est souveraine et n'est susceptible d'aucun recours.

Les adhérents peuvent adresser leur dossier complet par courrier ou e-mail aux adresses suivantes :

- Par courrier à l'adresse suivante :

*Identités Mutuelle
Commission d'action sociale
BP 20836
75828 Paris Cedex 17*

- Par e-mail à l'adresse suivante :

commissionsociale@identites-mutuelle.com

Article 51 : Bloctel

En application des dispositions des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les bénéficiaires peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6, rue Nicolas Siret - 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et le cas échéant ses partenaires habilités de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Article 52 : Autorité de Contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

La Mutuelle se conforme au pilier 3 de la Directive Solvabilité II, relatif aux obligations de reporting au superviseur et de diffusion d'informations au public. Au titre de la communication publique, la Mutuelle tient à disposition du public les documents en version papier qui sont également accessibles sur le site internet de la Mutuelle.

- **Si vous bénéficiez de la procédure de télétransmission NOÉMIE** : vous n'avez pas de justificatif à nous transmettre. Vos frais de santé vous seront remboursés directement sans intervention de votre part. Pour savoir si vous êtes bien bénéficiaire de la télétransmission, l'une des mentions suivantes doit figurer sur votre décompte de Sécurité sociale : « Transmis à Identités Mutuelle » ou « Décompte transmis à votre organisme complémentaire ».
- **Si vous ne bénéficiez pas de la procédure de télétransmission NOÉMIE** et n'avez pas bénéficié du tiers payant, vous devez, pour être remboursé, adresser l'original de votre relevé de prestations (décompte de remboursement Sécurité sociale) attestant du remboursement par le régime obligatoire.

Les justificatifs doivent obligatoirement indiquer le numéro d'adhérent. Il appartient à l'adhérent de l'ajouter.

La Mutuelle se réserve le droit de demander tout autre justificatif nécessaire au traitement des dossiers de remboursement des prestations et notamment les documents originaux.

BON À SAVOIR N°1

Votre Mutuelle vous invite ainsi que vos ayants droit à demander des devis dès lors que vous envisagez d'engager des frais importants. Votre Mutuelle vous indiquera de manière personnalisée le montant éventuel restant à votre charge.

La Mutuelle se tient également à votre disposition pour vous apporter si besoin, les explications complémentaires pour vous aider à constituer vos dossiers de demandes de prestations.

Présentez votre carte de tiers payant à votre professionnel de santé afin de ne pas faire l'avance des frais.

BON À SAVOIR N°2

Les factures doivent être datées, acquittées et détaillées de l'établissement concerné, du fournisseur ou du praticien précisant la date et la nature des soins en cas de dépassements d'honoraires ou d'hospitalisation, et portant les éléments permettant l'identification de l'établissement, fournisseur ou du praticien (noms, prénoms, adresse professionnelle, numéro de téléphone, qualification voire sa situation : conventionné ou non, numéro ADELI voire Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), selon la qualité du praticien).

COMMENT NOUS ADRESSER VOS DOCUMENTS ?

VOS DEVIS

Vous souhaitez connaître le montant de notre participation sur vos frais optiques, dentaires et dépassements d'honoraires ?

Par e-mail à :

clemence.bernichon@sgsante.fr

Par voie postale à :

**SG SANTE
TSA 40012**

51049 Chalons en Champagne

VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES

Vous avez réglé l'intégralité de vos frais de santé ou uniquement la part mutuelle, et vous souhaitez vous faire rembourser ?

Par e-mail à :

clemence.bernichon@sgsante.fr

Par voie postale à :

**SG SANTE
TSA 40012**

51049 Chalons en Champagne

- **Vous avez souscrit 2 complémentaires santé** : si vos remboursements par Identités Mutuelle s'effectuent en complément d'une autre mutuelle, vous devez, pour bénéficier du remboursement, nous adresser le décompte de remboursement de Sécurité sociale ainsi que le relevé de prestations de cette mutuelle. Il conviendra également, selon les actes, de joindre les pièces justificatives mentionnées ci-dessus.
- **Remboursement du dépassement pour des actes pour lesquels vous avez bénéficié du tiers payant** : si votre garantie prévoit la prise en charge du dépassement, vous devez nous adresser la facture détaillée et acquittée du professionnel de santé mentionnant le montant du dépassement.
- **Pour bénéficier de la télétransmission NOÉMIE**, il convient de transmettre à votre Mutuelle, l'attestation de droit de votre Caisse de Sécurité sociale datant de moins d'un an, par courrier à : Identités Mutuelle - 85 rue Édouard Vaillant - 92300 Levallois-Perret.

Actes (selon votre garantie)	Vous avez réglé l'intégralité des frais	Vous avez payé uniquement la part Mutuelle (Tiers payant partiel)
HOSPITALISATION		
<p>Conseil : avant toute hospitalisation, demandez une prise en charge afin de ne pas faire l'avance des frais. Cette demande peut être faite, soit directement par votre établissement hospitalier, soit par vous-même. Dans les deux cas, la demande de prise en charge doit être adressée à la Mutuelle et doit contenir les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nom et prénom de la personne hospitalisée, • La date d'entrée et la nature de l'hospitalisation (chirurgicale, médicale, maternité...), • Le nom et l'adresse de l'établissement hospitalier (ou son n° FINESS). 		
Forfait journalier hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • En clinique : facture détaillée et acquittée (bordereau S3404) + facture des honoraires • À l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation de paiement 	Facture détaillée et acquittée
Chambre particulière		
Frais de séjour (secteur conventionné)		
Frais de séjour (secteur non conventionné)	Facture détaillée et acquittée (bordereau S3404) + décompte de la Sécurité sociale	
Frais / Lit d'accompagnant	Facture détaillée et acquittée (bordereau S3404) + bulletin d'hospitalisation	
Dépassement d'honoraires	Facture détaillée et acquittée (bordereau S3404)	
Transport	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, médecins généralistes et spécialistes	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux		
Honoraires paramédicaux		
Analyses et examens de laboratoire		
Médicaments		
• remboursés par la Sécurité sociale (dont préparations magistrales)	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
• non remboursés par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + ordonnance	
Matériel médical (hors optique et aides auditives)		
Soit les prothèses sont facturées dans le cadre d'une hospitalisation, alors les justificatifs à remettre à la Mutuelle sont ceux cités dans la rubrique HOSPITALISATION ci-dessus. Soit les prothèses sont vendues en pharmacie ou par un fournisseur de matériel médical, alors les justificatifs à remettre sont ceux cités ci-après.		
Prothèses médicales	Décompte de la Sécurité sociale + Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
Petit appareillage, pansements, accessoires		
Grand appareillage		
Orthopédie		
OPTIQUE		
<p>Conseil : pour votre équipement optique (1 monture + 2 verres), le professionnel de santé doit obligatoirement vous remettre un devis 100% santé et un devis à tarifs libres. N'hésitez pas à consulter plusieurs opticiens afin d'obtenir le tarif le plus adapté à votre budget.</p>		
Monture + 2 verres	Décompte de la Sécurité sociale + Facture détaillée et acquittée + ordonnance	Facture acquittée + décompte de la Sécurité sociale + ordonnance
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	En cas de renouvellement annuel (évolution de la vue), il convient d'adresser en plus des éléments évoqués ci-dessus les 2 prescriptions de l'ophtalmologiste (celle avant et celle après le changement de correction).	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + ordonnance	
Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée	

Actes (selon votre garantie)	Vous avez réglé l'intégralité des frais	Vous avez payé uniquement la part Mutuelle (Tiers payant partiel)
DENTAIRE		
Conseil : votre dentiste doit obligatoirement vous remettre un devis 100% santé, ou un devis à tarifs maîtrisés et un devis à tarifs libres. Demandez également une prise en charge afin de ne pas faire l'avance des frais.		
Soins remboursés par la Sécurité sociale (soins dentaires, chirurgie, parodontologie, inlay onlay, endodontie)	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne, inlay-core...) Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		
Soins et prothèses dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (orthodontie, parodontologie, implantologie)	Facture détaillée et acquittée	
AIDES AUDITIVES		
Conseil : le professionnel de santé doit obligatoirement vous remettre un devis 100% santé et un devis à tarifs libres. N'hésitez pas à consulter plusieurs audioprothésistes afin d'obtenir le tarif le plus adapté à votre budget.		
Aides auditives	Décompte de la Sécurité sociale + Facture détaillée et acquittée	
Piles	Facture détaillée et acquittée	
PRÉVENTION		
Diététicien, ostéopathe, étio-pathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure	Facture détaillée et acquittée mentionnant le numéro d'activité du professionnel (n°ADELI)	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Facture acquittée + ordonnance	
Contraception		
Sevrage tabagique		
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale		
Soins	Attestation de cure avec date début et fin de cure	
Transport Hébergement	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
GARANTIES +		
Forfait maternité / Naissance / adoption	Extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.	
Exonération des cotisations / Naissance / adoption		
Option allocation obsèques <i>Le bénéfice revient à la personne qui a supporté les frais d'obsèques</i>	Extrait de l'acte de décès + facture des frais d'obsèques acquittée + certificat d'hérédité + certificat porte fort en cas d'héritiers multiples + justificatif d'identité + RIB	
Forfait allocation obsèques <i>Le bénéfice revient à la personne qui a supporté les frais d'obsèques</i>	Extrait de l'acte de décès + facture des frais d'obsèques acquittée + justificatif d'identité + RIB	
Exonération des cotisations / Décès	Acte de décès	

ANNEXE 2 : CAS D'APPLICATION DES PÉRIODICITÉS DE PRISE EN CHARGE DÉROGATOIRES POUR LES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE MÉDICALE

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> • variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; • somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • glaucome ; • hypertension intraoculaire isolée ; • DMLA et atteintes maculaires évolutives ; • rétinopathie diabétique ; • opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; • cataracte évolutive à composante réfractive ; • tumeurs oculaires et palpébrales ; • antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; • antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; • greffe de cornée datant de moins de 1 an ; • kératocône évolutif ; • kératopathies évolutives ; • dystrophie cornéenne ; • amblyopie ; • diplopie récente ou évolutive. <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • diabète ; • maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; • hypertension artérielle mal contrôlée ; • sida ; • affections neurologiques à composante oculaire ; • cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique. <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • corticoïdes ; • antipaludéens de synthèse ; • tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	