



REGLEMENT MUTUALISTE

PRÉAMBULE

La Mutuelle CCM et PMAV Mutuelle ont fusionné au 1^{er} Janvier 2007, et adopté le nom de ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné. Ce Règlement Mutualiste annule et remplace le précédent, à compter du 1^{er} janvier 2009, et s'applique aux garanties et produits mis en place au catalogue des ventes à compter de cette date.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 : RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné, organisme régi par le Code de la Mutualité ayant son Siège Social au 226 cours de la Libération, 38069 GRENOBLE CEDEX 2, est soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 311 799 878.

Article 2 : OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent Règlement Mutualiste est établi par ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné, ci-après appelée la Mutuelle, conformément aux dispositions du Code de la Mutualité. Il est applicable aux garanties et produits proposés à la vente à compter du 1^{er} Janvier 2009.

Conformément à l'article L. 114-5 du Code de la Mutualité, il a pour objet de définir les droits et obligations de la Mutuelle et de ses adhérents.

CHAPITRE 2 : OBJET ET FORME DE L'ADHÉSION

Article 3 : OBJET DE L'ADHÉSION

La Mutuelle garantit aux bénéficiaires tels que définis à l'article 8 des Statuts, le remboursement de leurs dépenses de frais de soins de santé et l'attribution de forfaits, notamment en complément des versements effectués par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie Maternité.

Article 4 : CONDITIONS ET FORME DE L'ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle, par la souscription d'une garantie individuelle, résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'adhésion à la Mutuelle, par la souscription d'une garantie collective, résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion et d'un contrat signé avec la personne morale représentant l'entreprise.

Sur ce bulletin, il est mentionné le membre participant, et éventuellement ses ayants droit tels que définis à l'article 8 des Statuts.

Ce bulletin d'adhésion comporte également toutes les informations permettant la bonne gestion de la Mutuelle.

L'adhésion ne peut se faire que pour la totalité du produit choisi, produit qui est obligatoirement le même pour l'ensemble des membres de la famille.

En cas d'adhésion ultérieure d'un conjoint ou d'un enfant, le produit retenu est celui du membre participant déjà inscrit. Toutefois, un produit du catalogue en cours au moment du changement peut être proposé à l'ensemble de la famille.

La date d'adhésion à un contrat de la Mutuelle détermine la date d'anniversaire de ladite adhésion. Cette date est appelée échéance principale.

Chaque contrat possède sa propre échéance principale qui est nécessairement le 1^{er} jour d'un mois.

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle.

Article 4 BIS : DELAI DE RETRACTATION

Conformément à l'article L. 221-18-2 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut, dans un délai de 30 jours suivant la signature du bulletin d'adhésion, informer la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception de sa volonté de ne pas donner suite à son adhésion. A réception de ce courrier, la Mutuelle doit, dans

le mois suivant, rembourser la totalité des sommes versées. Le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé, et les prestations versées seront déduites de ce remboursement de cotisation.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

D'une manière générale, l'adhésion prend effet immédiatement le :

- 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion accompagné du règlement de la cotisation est établi entre le 1^{er} et le 15 dudit mois,
- 1^{er} jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion, accompagné du règlement de la cotisation est établi entre le 16 et la fin du mois en cours.

Pour la gamme HOSPI CONFORT :

- si celle-ci a été souscrite en même temps qu'une gamme Santé, c'est la règle de la gamme Santé qui s'applique.
- si celle-ci est souscrite en dehors d'une gamme Santé, elle prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit le paiement de la cotisation.

Article 6 : CAS PARTICULIERS

1 - Naissance

L'adhésion d'un nouveau-né à une gamme SANTE se fait au 1^{er} jour du mois de sa naissance.

L'adhésion d'un nouveau-né à la gamme HOSPI CONFORT procède du même principe.

2 - Adoption

En cas d'adoption simple ou plénière, l'adhésion se fait à la date où l'enfant est confié à la famille, ou à la date du jugement d'adoption dans les conditions de délai décrites au paragraphe 1- Naissance.

3 - C.M.U.C.

Dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, les conditions d'adhésion sont définies par la réglementation correspondante telle que définie dans la loi et les décrets s'y appliquant.

Article 7 : DISPOSITIONS PROPRES À L'ADHÉSION DE CERTAINES GAMMES ET PRODUITS

• **Gamme ENER'J** : Produits Force 1, Force 2 et Force 3 et Patchs Family dentaire/optique, médecines douces et Aventure.

La classe d'âge considérée à l'adhésion est de 18 à 26 ans révolus. Au-delà, l'adhérent bascule automatiquement dans la gamme FAMILY Force 1.

• **Gamme FAMILY** : Produits EcoFamily, Family Force 1, 2, ou 3 et Patchs Family dentaire/optique, médecines douces et Aventure.

La classe d'âge considérée à l'adhésion est de 27 à 59 ans révolus. Au-delà, l'adhérent bascule automatiquement dans la gamme ACTI'V Force 1. Toutefois, cette gamme est ouverte aux personnes ayant entre 20 et 26 ans révolus, s'ils sont inscrits en situation de famille avec ou sans enfant.

• **Gamme ACTI'V** : Produits Force 1, Force 2 et Force 3.

L'adhésion commence à l'âge de 55 ans.

La totalité des Produits des gammes Ener'j, Family et Acti'v répondent aux critères des contrats solidaires et responsables comme définis par la Loi. A ce titre, ils intègrent la non prise en charge de la notion de franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale

• Gamme HOSPI CONFORT :

La classe d'âge considérée à l'adhésion est de 18 à 60 ans révolus.

• Allocation pour frais d'obsèques :

Seules les gammes ACT'IV Force 2 et 3 intègrent une allocation pour frais d'obsèques (dont le montant n'excède pas 1/2 Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale). Les Produits Hospi confort et allocation pour frais d'obsèques répondent aux seuls critères des contrats solidaires comme définis par la Loi.

• Produits en inclusion dans les gammes santé :**1 - Garanties de la Mutuelle des Sportifs**

Ces garanties relèvent de contrats collectifs signés avec la Mutuelle des Sportifs. Si ces garanties sont prévues dans la garantie que le membre participant a choisi, les prestations sont définies par les Statuts et Règlements de la Mutuelle des Sportifs.

2 – ADREA Assistance

Selon la garantie Santé choisie, le membre participant et ses ayants droit bénéficient des prestations d'assistance dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par le Groupe ADREA auprès d'Inter Mutuelles Assistance SA (IMA).

Les produits « Mutuelle des Sportifs » et « ADREA Assistance » répondent aux seuls critères des contrats solidaires comme définis par la loi.

Article 8 : CHANGEMENT DE GARANTIE

- Le changement de produit Santé ne peut se faire qu'à la date anniversaire de l'adhésion, appelée échéance principale, et définie à l'article 4 du présent Règlement, à la condition que l'adhérent ait plus d'1 an d'ancienneté en continu à la Mutuelle, et qu'il respecte les critères définis à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste.
- Pour la gamme **HOSPI CONFORT**, le changement ne peut se faire qu'à la date anniversaire de l'adhésion, appelée échéance annuelle, et définie à l'article 4 du présent Règlement, à la condition que l'adhérent ait plus d'1 an d'ancienneté en continu à la Mutuelle et qu'il n'ait, en cas d'augmentation de couverture, perçu aucune prestation dans le courant de l'année qui précède ce changement.
- Si, par dérogation aux deux précédents alinéas, le changement de garantie était rendu possible en cours d'année, le changement suivant ne pourrait se faire que dans le respect des alinéas 1 et 2 ci-dessus, avec une ancienneté dans la garantie de 1 an au moins.

Cas Particulier : sortie des enfants du contrat familial.

Dans le cadre d'une garantie souscrite à titre individuel, comme défini à l'article 8 des Statuts, l'enfant est pris en compte jusqu'à l'âge de 26 ans révolus, sur le dossier de ses parents, et ce, jusqu'à l'échéance du contrat qui suit son anniversaire. Il reçoit un courrier l'informant de cette situation. Il peut alors choisir sans délai la garantie correspondant à son âge et à ses besoins.

Dans le cas d'une garantie souscrite au titre d'un contrat collectif, quelque soit l'âge prévu de sortie de l'enfant du contrat du parent, il reçoit un courrier l'informant de cette situation. Il peut alors choisir sans délai la garantie correspondant à son âge et à ses besoins.

Article 9 : RADIATION

Les conditions de radiation sont définies par l'article 12 des Statuts de la Mutuelle. Toutefois, La radiation entraîne automatiquement la rupture, si elle existe, de la liaison informatique (dite NOEMIE) avec le Régime Obligatoire. Les prestations en cours seront alors réglées sur présentation des originaux des décomptes de Sécurité Sociale.

Cas particulier :

9-1 - Dans le cadre d'une adhésion obligatoire, telle que définie à l'article 83 du Code Général des Impôts et précisée par la loi EVIN, il est mis fin à l'adhésion au 1er jour du mois qui suit cette demande écrite, accompagnée de l'attestation fournie par l'employeur, et précisant le caractère obligatoire de l'adhésion, et les coordonnées des personnes concernées dans le champ de cette obligation.

9-2 - Dans le cadre de la loi CHATEL, le membre participant possède un délai supplémentaire de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'appel de cotisation pour demander sa radiation. La demande est alors faite par écrit avec accusé de réception, ou par courrier dûment déposé, contre récépissé, dans une agence de la Mutuelle aux heures habituelles d'ouverture au public.

9-3 - Dans le cadre de l'application de l'article L. 221-17, il sera procédé à la radiation du membre participant dans les délais et conditions définies au sein de cet article.

9-4 - Dans le cadre des Conventions Collectives Nationales, concernant la gestion des radiations et/ou adhésions, il convient de respecter par ordre les textes de loi et les textes de la CCN en cours.

CHAPITRE 3 : LES COTISATIONS**Article 10 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS**

1 Le bénéfice des prestations et des services proposés par la Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée conformément à l'article L. 112-1 du Code de la Mutualité, en fonction de certains des paramètres suivants :

- . du revenu total des bénéficiaires,
- . du produit choisi,
- . L'âge de chacun des bénéficiaires calculé en fonction de l'échéance annuelle de l'adhésion,
- . La durée de l'appartenance ininterrompue à la Mutuelle, du Régime de Sécurité Sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit.

Pour les gammes et produits qui intègrent une allocation pour frais d'obsèques, la cotisation est calculée à partir des tables de mortalité référencées «TH 00-02 ET TF 00-02» avec prise en compte de l'âge atteint par les membres bénéficiaires.

2 À cette cotisation s'ajoutent :

- les cotisations d'adhésion à des organismes supérieurs, (Unions, Fédérations,...) ou organismes techniques dont les montants et modalités de paiement sont fixés par les Règlements et Statuts de ces organismes.
- le droit d'adhésion fixé par l'Assemblée Générale afin d'alimenter le Fonds d'Etablissement comme défini par l'article L. 114-4 du Code de la Mutualité.

Dans le cadre de la loi, il peut se rajouter la perception par la Mutuelle d'une taxe ou contribution. Ladite taxe ou contribution peut être, soit gérée, soit reversée à un organisme désigné, le tout défini par la loi.

3 Structure de la cotisation :

Produit Santé : La cotisation est définie en fonction de la répartition adultes et enfants. Pour la cotisation enfant, celle-ci est limitée à 2 enfants payants. Conformément à l'article 8 des Statuts, l'âge considéré pour définir l'enfant est de 26 ans révolus. Au-delà, et sauf stipulation contraire notamment au sein des contrats d'entreprises, l'enfant est exclu de la garantie et doit à titre personnel choisir sa propre garantie.

Produit Hospi confort : La cotisation est structurée sur le principe adulte, enfant et âge par âge ; gratuité pour le 3ème enfant et suivants.

Article 11 : RÉVISION DES COTISATIONS

La révision des cotisations est annuelle. Elle prend effet à la date anniversaire de l'adhésion, appelée échéance principale, et telle que définie à l'article 4 du présent Règlement. Cette révision prend en compte dans sa globalité la variation constatée et prévue du volume du coût des soins et services, Allocation Obsèques comprise.

Conformément aux Articles L. 114-1, L.114-7 et L. 21-5 du Code de la Mutualité, cette révision est notifiée à l'adhérent. Ces nouveaux montants sont payables à l'échéance annuelle suivante selon les modalités de paiement indiquées par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de cotisations ou de prestations pour faire face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

Article 12 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, et au plus tard le 1er jour du mois de l'échéance concernée par l'appel de cotisation. Les cotisations sont annuelles.

Elles sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion. Dans le cas d'une adhésion en dehors de la date d'échéance annuelle qui aurait été préalablement fixée, la cotisation est due pour la période restant à courir au prorata du nombre de mois, entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'échéance annuelle existante.

Le membre cotisant peut modifier la périodicité et le mode de paiement à condition d'en informer la Mutuelle, 2 mois au moins avant la date de l'échéance annuelle. Cette modalité de paiement ne modifie en rien le caractère annuel de la cotisation.

La date de paiement prise en considération est celle du règlement au Siège Social, ou dans l'une des Agences, ou dans tout autre lieu accepté par la Mutuelle.

Article 13 : DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de rejet d'un prélèvement bancaire ou postal, il sera ajouté 5€ au titre des frais de rejet, à la cotisation. A la suite de deux rejets consécutifs, il sera mis fin au prélèvement, l'adhérent restant redevable de la totalité des cotisations émises et incluant les frais de rejets supplémentaires.

À défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure adressée à l'adhérent.

La Mutuelle a le droit de résilier au plus tôt la garantie 10 jours après la suspension du contrat défini dans la mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Lors de l'envoi en recommandé avec accusé de réception de la mise en demeure, l'adhérent est informé, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de la couverture dans un délai supplémentaire de 10 jours.

Les frais de contentieux à concurrence de 12€ seront réclamés en plus de la cotisation au membre participant destinataire de la lettre recommandée.

Le produit non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 14 : AMÉNAGEMENT DES COTISATIONS

Règle Spécifique

- L'âge de la personne se détermine par rapport à sa date de naissance et la date d'échéance principale de l'adhésion. Par dérogation, dans le cadre de la gamme HOSPI CONFORT, il est considéré que l'âge à l'adhésion est déterminé par différence de millésime.

Sont dispensés du paiement des cotisations :

- Les bénéficiaires du dispositif de la CMU-C affiliés à la Mutuelle, sous les conditions et dans les limites prévues par la loi du 27 juillet 1999 (loi n° 99-641) et ses décrets d'application,
- Le 3^{ème} enfant et les suivants inscrits dans les gammes ENER'J, FAMILY, ACT'IV
- Le 3^{ème} enfant et les suivants inscrits dans la gamme HOSPI CONFORT.

Remboursement des cotisations

Dans le cadre de la radiation conditionnée par la mise en place d'une couverture obligatoire au sein d'une entreprise telle que définie à l'article 10 des Statuts de la Mutuelle, il peut être remboursé la part de cotisation perçue par avance, et correspondant à la période de cotisation restant à courir entre le 1^{er} jour du mois qui suit la demande écrite et le terme normal de l'échéance réglée.

En cas de décès de l'une des personnes portées sur le bulletin d'adhésion et sous couvert de ne pas gérer un trop perçu de cette cotisation par avoir sur les cotisations futures des ayants droit restant à encaisser, il pourra être reversé une part de cotisation correspondant au trop perçu encaissé, sachant que tout mois commencé est dû.

Dans les cas de radiations définies à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, il pourra être reversé une part de cotisation correspondant au trop perçu encaissé.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS GARANTIES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Article 15 : DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

La nature et l'étendue des prestations versées par la Mutuelle figurent dans les tableaux annexés au présent Règlement.

Les remboursements réalisés par la Mutuelle sont fonction du choix effectué par l'adhérent lors de son adhésion, parmi les gammes et produits proposés, et figurant sur le bulletin d'adhésion.

Ces remboursements ont un caractère annuel et sont révisables comme définis à l'article 11 du présent Règlement, et dans le respect des Statuts de la Mutuelle conformément aux conditions définies à l'article 24-1 desdits Statuts.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle est celle portée sur le document émis par le Régime Obligatoire intervenant pour sa part. Dans le cas de prestations versées hors intervention du

Régime Obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

ACTES DE PREVENTION

La Mutuelle a choisi les actes de prévention suivants, tels que définis par l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'Article L. 871-1 du Code de Sécurité Sociale :

- Acte de DETARTRAGE complet sus et sous-gingival (SC 12) effectué en deux séances maximum par an,
- Les VACCINS suivants :
 - . Diphtérie, tétanos, poliomyélite, ROR (tous âges),
 - . Coqueluche : avant 14 ans,
 - . Hépatite A et B : avant 14 ans,
 - . BCG : avant 6 ans,
 - . Haemophilus influenzae B,
 - . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
 - . Vaccins anti-grippe.

Article 16 : CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations prend effet immédiatement après l'adhésion.

Cas particulier :

Dans le cadre de l'adhésion d'un membre participant ayant déjà été adhérent à la Mutuelle, et ayant été radié à l'origine avec une situation contentieuse non réglée, soit pour des prestations indues non remboursées, soit pour des arriérés de cotisations dus et non payés, cette adhésion sera conditionnée à la régularisation immédiate de la totalité des arriérés de sommes dues, dans la limite des délais de prescription légale.

Article 17 : CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS ET LIMITES AUX REMBOURSEMENTS

Sous réserve des cas d'exonération de cotisations visés par l'article 14 ci-avant, le bénéfice des prestations assurées par la Mutuelle est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les membres participants doivent en conséquence être à jour de leurs cotisations à la date des soins, pour lesquels le remboursement ou la prise en charge sont demandés.

En vertu des dispositions de l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements effectués par la Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge effective des adhérents.

Article 18 : MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations de la Mutuelle sont versées en complément et sur la base de celles du Régime Obligatoire dont dépend le membre participant.

Elles sont exprimées en pourcentage du tarif de convention du Régime obligatoire.

Dans certains cas, elles sont versées sous forme de forfait et peuvent prendre en compte certains indices comme le Plafond Mensuel de Sécurité Sociale, ou autre choix précisé dans la définition de la garantie.

Dans le cas de professionnels de santé non conventionnés, le remboursement de la Mutuelle sera calculé strictement sur la base du Tarif d'Autorité appliqué par le Régime Obligatoire.

Dans le cadre des « Patches » souscrits dans le cadre des produits « Energ'j » et « Family », les garanties sont limitées en montant par an et par bénéficiaire. De plus, les soins pris en compte sont strictement limités à ceux précisés sur la définition de la garantie souscrite.

Si le membre participant a souscrit auprès d'autres organismes complémentaires des produits lui accordant des indemnités de même nature que celles prévues par sa couverture, la Mutuelle n'interviendra, dans la limite des taux ou montants prévus, que pour la différence entre le total des frais réellement engagés et le montant des prestations reçues au titre de ces produits et du Régime Obligatoire.

La Mutuelle se réserve le droit de faire exercer un contrôle médical, dentaire ou administratif à tout moment.

Le contrôle médical ou dentaire est assuré par le Médecin ou le Dentiste Conseil de la Mutuelle, agréé par elle, après information des Conseils de l'Ordre des Médecins et des Dentistes.

Le contrôle administratif sera diligenté par la Mutuelle.

• **Modalités propres aux garanties complémentaires aux régimes français d'Assurance Maladie**

Les remboursements sont effectués par la Mutuelle au vu des documents transmis par le Régime Obligatoire ou par les Professionnels de Santé dans le cadre du procédé de la télétransmission. Sauf refus express du membre participant, la Mutuelle utilisera le canal des données informatiques d'échanges avec les Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale appelé NOEMIE.

Sauf refus express du membre participant, et en vertu de conventions passées avec les Professions de Santé ou les Etablissements Hospitaliers, la Mutuelle peut régler directement ses prestations à ceux-ci, dans les conditions prévues par les termes de la Convention de Tiers Payant qui lie la Mutuelle au Professionnel de Santé concerné.

À défaut d'application du procédé appelé NOEMIE, les remboursements sont effectués au vu des pièces suivantes :

- l'original des décomptes établis par le régime d'obligation, le cas échéant, l'original du justificatif de dépense et de paiement, prescription, facture ou autres pièces jugées utiles au versement de la prestation.

Article 19 : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

• **GARANTIES COMPLÉMENTAIRES AUX RÉGIMES FRANÇAIS D'ASSURANCE MALADIE OUVERTURE DES DROITS** : pour l'ensemble des soins, nécessitant ou non une entente préalable, c'est la date de l'exécution de l'acte qui est retenue comme date de début des travaux.

19-1 – Couverture des Accidents

En cas de versement de prestations consécutives à un accident, la Mutuelle intervient de la manière suivante :

• **Déclaration d'accidents**

Le membre participant doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les 48 heures suivant l'accident, une déclaration indiquant :

- Les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit,
- Les noms et coordonnées des témoins,
- Les nom, prénom et adresse du tiers responsable et de la Compagnie d'Assurance qui garantit la responsabilité de ce tiers,
- L'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête. La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement aux formalités habituelles à accomplir en cas de soins courants.

• **Accidents de droit commun**

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture des frais médicaux par un organisme d'assurance, quelle qu'en soit la forme juridique.

En cas d'accident, dont la responsabilité n'est pas contestée par le tiers responsable, la Mutuelle n'intervient pas.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre participant doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers ou de l'assureur substitué, une action judiciaire civile ou pénale en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par production de l'exploit introductif d'instance, ou à défaut par une pièce délivrée par le greffier ou un avocat. La Mutuelle accorde alors la prise en charge par application des dispositions concernant la subrogation (article 29 du présent Règlement).

Elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

• **Accidents scolaires**

Si l'accident scolaire est couvert par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la Mutualité, la Mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe, conformément aux pratiques en cours entre la Mutuelle d'une part, et la Mutuelle Assurance Éléves d'autre part.

Si l'accident scolaire est couvert par un contrat souscrit auprès d'une Compagnie d'Assurance Privée, ou d'une Société à forme Mutuelle régie par le décret loi du 14 juin 1938, la Mutuelle n'intervient pas.

• **Accidents sportifs**

Si l'accident sportif est couvert par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la Mutualité, la Mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe,

conformément aux conventions passées entre la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle d'une part, et la Mutuelle Nationale des Sports d'autre part.

Si l'accident sportif est couvert par un contrat souscrit auprès d'une Compagnie d'Assurance Privée ou d'une Société à forme Mutuelle régie par le décret loi du 14 juin 1938, la Mutuelle n'intervient pas.

• **Accidents sportifs ou de la vie privée**

Dans le cadre de la souscription conjointe de la garantie PASS'SPORTS auprès de la Mutuelle Nationale des Sports, et d'un produit Santé auprès de la Mutuelle, il sera versé, dans la limite des frais réels, la part de chacun dans le cadre des garanties et accords définis.

• **Accidents et tiers payant (de droit commun, scolaire ou sportif)**

Dans le cas où la Mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son membre participant tout ou une partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance, constituerait au profit de la Mutuelle une créance sur ledit membre qu'il serait tenu de lui rembourser.

Au cas où ledit membre participant serait assuré auprès d'un organisme ou d'une compagnie d'assurance le garantissant pour les mêmes dommages, ce règlement constituerait alors une créance au profit de la Mutuelle sur cet Organisme ou Compagnie d'Assurance.

• **Actes judiciaires**

En cas d'accident, le membre participant doit également informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

Le membre participant doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

19-2 - Soins à l'étranger

Dans le cadre de soins à l'étranger, il sera versé, selon la nature des soins, la prestation prévue par le produit choisi en complément du remboursement du Régime Général de Sécurité Sociale, tant en soins de ville qu'en hospitalisation. Il incombe à l'adhérent de fournir à la Mutuelle le décompte du remboursement du régime obligatoire concerné et tous les éléments permettant le calcul et le versement de la prestation.

En cas d'accident ayant entraîné ces soins à l'étranger, il sera appliqué les dispositions de l'article 19-1 relatif aux accidents.

19-3 - Forfait Obsèques

Les pièces nécessaires pour le versement du forfait obsèques, (gamme définies à l'article 7), sont les suivantes :

- Certificat de décès,
- Facture originale acquittée des Pompes Funèbres,
- Certificat d'hérédité (si le « de cujus » n'a pas d'héritier direct inscrit sur le même dossier),
- En cas de pluralité d'ayants droit, un certificat de l'un d'entre eux se portant fort pour les autres.

À défaut de désignation écrite formelle, le forfait est attribué dans l'ordre ci-après :

- Le conjoint survivant non séparé de corps,
- Les enfants,
- Les ascendants,
- Les héritiers ou tout autre personne bénéficiaire par contrat ou par désignation testamentaire.

Dans le cas où le membre participant de la Mutuelle décède sans avoir désigné un bénéficiaire, et sans laisser d'héritier, le forfait est acquis à la Mutuelle.

19-4 - Maladie Professionnelle ou Accident du Travail

Dans le cas où le membre participant ou l'un des bénéficiaires désignés au contrat demande des remboursements de prestations suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, l'adhérent a obligation d'en informer la Mutuelle.

Par ailleurs, et quelque soit le cas précisé ci-dessus, la Mutuelle est subrogée de plein droit comme défini à l'Article 29 du présent Règlement.

19-5 Travailleurs Familiaux

Le versement de la participation complémentaire de la Mutuelle, prévue au sein du produit choisi, est lié à la prise en charge d'une participation par l'organisme, en charge du versement des allocations familiales du membre participant ou de l'ayant droit concerné.

19-6 Garantie Optique

Toutes les garanties des produits et garanties individuelles et collectives s'expriment désormais en Euro, sous forme d'un forfait par année et par bénéficiaire.

19-7 Prothèses dentaires non remboursables

Les notions de Prothèses dentaires non remboursées et d'actes dentaires hors nomenclature n'existant plus, il conviendra désormais de parler de prothèse dentaire non remboursable.

La prothèse dentaire non remboursable est la prothèse, posée en bouche, à l'exclusion des soins, de la parodontologie, des implants dentaires, et de l'orthodontie. Ce remboursement s'exprime désormais en Euro, sous forme d'un forfait par année et par bénéficiaire.

Article 20 : FORMES ET DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du tiers payant, les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par virement sur le compte indiqué par le membre participant, à défaut par chèque. Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière, et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le membre participant et ses ayants droit doivent fournir.

Article 21 : EXCLUSIONS

Dans le cas de la gamme HOSPI CONFORT

Sont expressément exclus des garanties de la Mutuelle, les frais engagés au titre de soins et hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, consécutifs à :

- Des blessures reçues au cours d'émeutes, soulèvement populaire, guerre civile ou étrangère,
- L'explosion d'un engin ou une partie d'engin atomique,
- L'exposition à des radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs,
- Un état de catastrophe naturelle,
- Des soins à caractère esthétique, sauf s'ils sont consécutifs à un accident lui-même pris en charge par l'assurance maladie obligatoire,
- Des mutilations volontaires, rixes, duels, tentatives de suicide,
- La pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel,
- Des accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu,
- De l'abus de stupéfiants,
- Du défaut d'assurance ou de la non souscription par l'adhérent d'une assurance légalement obligatoire.
- La maternité sauf cas pathologique,
- Les séjours en établissement spécialisé tels que maison de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, établissement et service thermaux, climatique, diététique, centre héliomarin, hospice, gériatrie, gérontologie, service de moyen et long séjours, rééducation fonctionnelle et motrice, psychiatrie, centre médico-pédagogique et psychopédagogique, centre d'éducation spécialisé (IMP, IME), séjours en établissement à caractère sanitaire, centre de vacances, aérium, home d'enfants,
- Les cures de désintoxication liées à la consommation de tabac, alcool, drogue ou stupéfiant, cures de sommeil, traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up,
- Les séjours consécutifs à des mutilations volontaires, tentatives de suicide,
- Les hospitalisations consécutives à la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes et motonautiques à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel, la participation à des matches, paris et défis,
- En cours de contrat, les adhérents qui sont expatriés hors du territoire métropolitain. Sont considérées comme expatriées, les personnes exerçant leur activité professionnelle dans les DOM-TOM ou dans un pays étranger.
- Les soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

Article 22 : MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux et les conditions de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Ces modifications, qui pourront entraîner des modifications des cotisations, seront décidées dans les conditions prévues par les Statuts et le Code de la Mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations et de cotisations seront notifiés aux adhérents.

Article 23 : SUSPENSION DE LA GARANTIE

Le droit à prestations est suspendu :

En application des dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité, en cas de non paiement des cotisations, ou fraction de cotisations, dues dans les 10 jours

de l'échéance prévue, à l'issue des 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure.

En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.

Article 24 : CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- En cas de résiliation,
- Dans le cadre du respect strict des applications de la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 dite « loi CHATEL »,
- En cas de non paiement de la cotisation (Article L. 221-7 du Code de la Mutualité),
- Il peut également être mis fin à l'adhésion, indifféremment par la Mutuelle ou le membre participant, si les risques couverts par la garantie, conformément à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, ont disparu du fait du :
 - Changement de domicile,
 - Changement de situation matrimoniale,
 - Changement de régime matrimonial,
 - Changement de profession,
 - Retraite professionnelle,
 - Cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure, et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Cette demande de radiation doit faire l'objet d'une notification par écrit dans le délai de 3 mois suivant la survenance de cet événement, pour prendre effet 1 mois après réception de la notification.

Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

Dans tous les cas, à la date de résiliation, il est mis fin automatiquement à la liaison informatique d'échanges de données (appelée NOEMIE) avec le régime Obligatoire de Sécurité Sociale. Pour le paiement des prestations qui suivraient cette demande, il conviendra de fournir les originaux des décomptes du Régime Obligatoire.

CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25 : FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées de justificatifs nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans, à compter de l'acte médical ou du décès.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la Mutuelle dans un délai d'1 an à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Article 26 : PRESCRIPTION

En application de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion à la Mutuelle sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois :

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, ce délai ne court que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,

En cas de réalisation du risque, ce délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là. Cette prescription peut être interrompue par une des causes visées à l'article L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

Article 27 : ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la Mutuelle tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la Mutuelle.

Toute réticence, fautive déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la couverture accordée dans les conditions prévues par l'article 28 ci-après.

Au moment de son adhésion, il informe la Mutuelle de l'existence de couvertures complémentaires santé souscrites auprès d'une autre Mutuelle, d'un Institut de Prévoyance ou d'une Entreprise d'Assurances.

De plus, le Membre Participant s'engage à nous fournir sans délai toutes informations concernant son changement d'adresse, de banque ou tous autres éléments pouvant avoir un impact sur la gestion de son dossier.

Article 28 : SANCTIONS

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies aux articles L. 221-14 et L. 221-16 du Code de la Mutualité.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'informations ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

1 - En cas de mauvaise foi, la nullité de la garantie en application de l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité,

2 - Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, la réduction du montant des prestations garanties ou l'augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant en application de l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un membre participant non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations ou le bénéfice de services garantis par la Mutuelle aux seuls membres participants justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

Article 29 : SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la Mutuelle n'intervient pas en principe. Toutefois, elle pourra, pour les dossiers importants, accorder sa prise en charge. Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit au membre participant dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part de l'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime, et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

Article 30 : AUTRES SERVICES

En complément des garanties statutaires visées ci-avant, la Mutuelle peut, dans le cadre de conventions intervenant entre elle et d'autres prestataires de services, permettre à ses adhérents, de bénéficier d'aides et avantages en nature ou en espèces.

Ces conventions déterminent les conditions dans lesquelles les adhérents pourront bénéficier de ces prestations, et les limites des garanties octroyées.

Dans ce cas, la Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations.

Article 31 : DÉSIGNATION DE L'ORGANE DE CONTRÔLE

La Mutuelle, en raison de sa vocation statutaire, relève de la tutelle du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Elle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle instituée par l'article L. 951-I du Code de la Mutualité.

Ce Règlement Mutualiste a été approuvé par l'Assemblée Générale du 31 Mai 2010 et applicable au 1^{er} Janvier 2011.



226, cours de la Libération
38069 GRENOBLE CEDEX 2
Tél : 04 76 33 93 93 - Fax : 04 76 33 93 99



REGLEMENT MUTUALISTE

(ex PMAV Mutuelle)

ANNEXE N° I - GARANTIES SANTÉ DES ADHÉRENTS À TITRE INDIVIDUEL

Préambule :

Le présent Règlement Mutualiste s'applique à l'ensemble des garanties de PMAV Mutuelle fermées à la vente au 31 DECEMBRE 2006. Suite à la parution au journal officiel du 3 janvier 2008 de la fusion avec la Mutuelle CCM, fusion à effet du 1er Janvier 2007, PMAV Mutuelle a pris le nom de ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné. Elle est inscrite au RNM sous le N° 311 799 878.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Compte tenu de la liberté laissée aux Etats d'organiser la protection sociale obligatoire, le présent règlement se réfère à la législation française en vigueur, législation constatée ou reconstituée le cas échéant.

CHAPITRE I - OBJET ET ETENDUE DES GARANTIES

Article 1 - OBJET

La Mutuelle garantit aux souscripteurs ressortissant d'un régime de base, le remboursement total ou partiel de frais médicaux ou chirurgicaux liés à l'état physique ou pathologique en complément du régime de base, ainsi que la participation à des prestations particulières selon l'option retenue au contrat d'adhésion et dans la limite des dépenses engagées et en respect de la réglementation du contrat dit «responsable».

Article 2 - DÉFINITION

Pour l'exécution du présent contrat mutualiste, on entend par :

CHEF DE FAMILLE : la personne désignée sous ce nom au bulletin d'adhésion.

AYANT-DROIT : toute autre personne figurant au bulletin d'adhésion.

BENEFICIAIRE : le chef de famille et/ou ses ayants droit éventuels.

Article 3 - CONTENU DES GARANTIES

En cas de survenance de l'un des risques définis à l'article 1, la Mutuelle règlera les prestations en lien à la garantie souscrite. Aucun stage n'est appliqué.

Le règlement de ces prestations sera effectif quelle qu'en soit la cause, y compris en cas d'accident, la Mutuelle étant subrogée de plein droit dans le recours contre le tiers éventuellement responsable.

Article 4 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus les frais liés à des établissements de long séjour (hébergement), de maison de retraite.

Sont également exclus les accidents scolaires, sportifs ou tous autres qui doivent être couverts par des assurances obligatoires ou facultatives sauf mise en œuvre des dispositions subrogatoires figurant à l'article 3.

CHAPITRE 2 - DECLARATIONS DU CHEF DE FAMILLE

Article 5 - DÉCLARATIONS À L'ADHÉSION

Le contrat d'adhésion est établi selon les déclarations de son signataire et la cotisation est fixée en conséquence. L'ensemble de ses garanties étant fermées à la vente, seul le rajout ou la suppression d'un membre peut être réalisé tout en conservant la même garantie. Toute autre situation impose la mise en place d'un produit ouvert à la vente, au jour de la réalisation de cette situation.

Article 6 - FAUSSE DÉCLARATION - OMISSION ET DÉCLARATION INEXACTE

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le

risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts (Art. L. 221-14).

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été déclarés (Art. L. 221-15).

CHAPITRE 3 - ADHESION-AVENANT : DATE D'EFFET - DUREE - RESILIATION

Article 7 - FORMATION ET PRISE D'EFFET DE L'AVENANT

L'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle résulte, dans le cadre d'une opération individuelle, de la signature d'un contrat d'avenant.

La Mutuelle pourra en poursuivre dès ce moment l'exécution, mais l'adhésion ne produira ses effets qu'après la signature du bulletin d'avenant, au jour stipulé sur celui-ci, et avec le paiement de tout ou une partie de la cotisation. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant.

Article 8 - DURÉE DE L'AVENANT

L'avenant est conclu pour l'année civile en cours. Il sera, à l'expiration de cette période, reconduite d'année en année, sauf demande de radiation notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée au moins 2 mois avant le 31 décembre, ou si nécessaire dans le respect de la LOI CHATEL.

Cette radiation prend effet au 1er janvier de l'année suivante.

Article 9 - CHOIX DE L'OPTION

L'option choisie est identique pour le chef de famille et ses bénéficiaires.

L'option initialement retenue l'est au minimum pour une durée d'un an.

La mutation vers une garantie supérieure, ou vers une garantie inférieure, ne peut intervenir qu'au 1er janvier, sous réserve d'un préavis de 2 mois. Elle se fera automatiquement dans un produit ouvert à la vente au moment du choix.

Article 10 - CHANGEMENT DE SITUATION

Le souscripteur s'engage à signaler à la Mutuelle, dans un délai d'un mois, tout changement ou événement intervenant sous peine qu'il ne puisse être pris en compte : naissance, décès, mariage, domiciliation bancaire, changement d'activité, changement d'adresse, changement de situations...

Article 11 - SUSPENSION

L'adhésion est suspendue de plein droit à compter de la date où l'intéressé pour quelque cause que ce soit ne peut plus prétendre aux prestations d'un régime de base d'assurance maladie. La reprise de l'adhésion a lieu à la date de la reprise du paiement des cotisations qui doit intervenir dans les 60 jours après rétablissement dans les droits administratifs du régime de base. En référence aux articles 10, 11, 12, 13 des

Statuts, en cas de démission, radiation, exclusion, le membre participant est redevable de l'année de cotisation. Il ne peut prétendre à aucun remboursement de prestations postérieures à cet événement.

CHAPITRE 4 - COTISATIONS - FRAIS DE DOSSIER

Article 12 - MONTANT DE LA COTISATION

La Mutuelle est une société à cotisations variables. Les membres participants doivent s'acquitter des cotisations définies et des frais accessoires dont le montant est indiqué au contrat d'adhésion.

La cotisation demandée pour chaque bénéficiaire est fonction de son âge lors de la souscription de la garantie choisie par le membre participant, et de son âge lors de la période à garantir. Le calcul de l'âge du bénéficiaire s'effectue par différence de millésime entre celui de l'année civile à garantir et celui de l'année de naissance.

Dans certains cas définis à l'article 29, des conditions particulières s'appliquent.

Article 13 - RÉVISION DES COTISATIONS

Si pour des motifs de caractère technique la mutuelle vient à modifier le tarif applicable au présent contrat, la cotisation annuelle sera modifiée à due proportion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de cotisations ou de prestations pour faire face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

Article 14 - PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation se paie annuellement et d'avance au Siège de la Mutuelle ou à l'une de ses Agences. La périodicité de paiement et la date d'échéance sont indiquées sur le bulletin d'adhésion. Elle peut être réglée au choix à l'année, ou fractionnée au semestre, au trimestre ou au mois sans aucune majoration. Même fractionnée, la cotisation jusqu'au 31 décembre reste due.

Pour les paiements au mois, le prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou d'épargne est obligatoire. Après deux rejets de prélèvement par l'établissement financier, le membre participant ne pourra plus prétendre au bénéfice de ce service, les frais d'impayés, à hauteur de 5 €, étant à sa charge. De plus, il devra s'acquitter du solde annuel restant.

Article 15 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En application de l'article L. 221-7 du code de la Mutualité, le défaut de paiement de cotisation, ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance suspend le service des prestations, cela indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice. La garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure adressée au membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

Des frais de contentieux de 12 € seront réclamés en plus de la cotisation au membre participant destinataire de la lettre recommandée.

Article 16 - FRAIS DE DOSSIERS – DROIT D'ENTRÉE

Des frais de dossiers pourront être demandés à toute adhésion ou réinscription du chef de famille, et payables entièrement avec la première cotisation. Un droit d'entrée pourra être réclamé lorsque l'adhérent vient d'un organisme autre qu'une mutuelle régie par le Code de la Mutualité.

CHAPITRE 5 - SERVICE DES PRESTATIONS

Article 17 - DROIT AUX PRESTATIONS

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

Les conditions d'ouverture des droits à prestations sont appréciées à la date des soins.

Ne peuvent donner lieu à prestations que les affections constatées par acte médical postérieurement à la date d'effet donnée à l'adhésion.

En cas de radiation, la demande de remboursement doit être présentée dans les 3 mois qui suivent cet événement. La radiation entraîne de fait la suppression de la transmission informatisée avec le Régime Obligatoire considéré, il convient alors d'envoyer les décomptes originaux dudit Régime Obligatoire.

Article 18 - DEMANDE DE PRESTATIONS

A défaut de transmission des demandes de remboursements par flux informatiques, celles-ci ne pourront être honorées que si elles sont accompagnées des décomptes originaux du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, des factures et reçus acquittés accompagnant les pièces justificatives des sommes engagées. Dans le cadre de soins ou fournitures refusées par le régime de base, il convient d'adjoindre également la facture originale acquittée, et la copie du refus dudit régime.

Dans tous les autres cas où la Mutuelle a prévu d'intervenir, une preuve d'achat et, le cas échéant, une prescription médicale, devront être fournies.

Les souscripteurs pourront bénéficier de la procédure d'échanges NOEMIE I selon convention avec les régimes de base, sauf refus express du souscripteur.

Article 19 - BASE DES REMBOURSEMENTS

La Mutuelle de base calcule ses remboursements en prenant pour référence le tarif de convention ou d'autorité retenu par le Régime de base de l'adhérent, et en tenant compte des taux de remboursements de ce dernier. Des prestations supplémentaires peuvent être allouées, dans le cadre du parcours de soins.

Les compléments ou forfaits ainsi versés varient selon la garantie souscrite, l'âge et la situation du bénéficiaire.

Le total des prestations versées par la Mutuelle et ledit Régime ne peut excéder le montant des frais engagés par l'adhérent. Les actes hors nomenclature ne sont pris en charge que s'ils sont explicitement mentionnés dans le descriptif des prestations. Les actes non remboursables sont les actes refusés par le régime de base, mais qui ne sont pas hors nomenclature.

Article 20 - MODE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations dues dans le cadre de la garantie souscrite s'effectue par virement bancaire ou postal.

Article 21 - TIERS PAYANT

Le chef de famille, ou ses ayants droit, bénéficie des avantages liés à la pratique du tiers payant dans le cadre des conventions signées entre la mutuelle et les professionnels ou établissements de santé.

Dans ce cas, la mutuelle se charge du paiement direct des frais.

ENTENTE DIRECTE : La prise en charge directe par la Mutuelle des différentes prestations définies pourra intervenir auprès de tous les praticiens ou établissements de soins conventionnés. L'adhésion vaut ipso facto procuration générale et permanente à la Mutuelle pour encaisser en lieu et place du mutualiste les prestations qui lui sont dues par le régime de base.

Dans le cas où le malade s'adresserait à un praticien ou un établissement non conventionné, il lui appartiendrait de régler le montant des frais et d'en obtenir le remboursement du régime de base avant de pouvoir prétendre à la participation normale de la Mutuelle.

Hors parcours de soins une franchise non remboursable établie par décret est déduite de chaque dépassement d'acte.

Le règlement direct des prestations peut intervenir sur demande de prise en charge de l'établissement ou du professionnel de santé.

Article 22 - OBLIGATIONS EN CAS D'ACCIDENT

Le chef de famille, ou en cas de décès, ses ayants droit, est tenu de déclarer à la Mutuelle dans les délais les plus courts le lieu et la date de l'accident, ses causes et circonstances, les noms et adresses des victimes, si possible ceux des témoins, et éventuellement ceux des auteurs responsables. De même, ils devront préciser si un procès verbal de l'accident a été établi, et dans l'affirmative par quelle autorité.

Les déclarations prévues ci-dessus seront reçues par écrit tant au Siège de la Mutuelle que dans ses Agences. Il en sera donné récépissé sur demande.

Le chef de famille, ou le bénéficiaire, qui induit intentionnellement la Mutuelle en erreur sur la date ou les circonstances d'un accident, perd le bénéfice de la garantie pour les prestations s'y rapportant.

CHAPITRE 6 - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 23 - SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. Si l'adhérent est en outre couvert par un contrat d'assurance accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par l'assurance.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime, et au préjudice esthétique et d'agrément.

Article 24 - GARANTIE ASSISTANCE

Les adhérents de la Mutuelle qui souscrivent à cette garantie bénéficient des prestations gérées par un organisme spécialisé dans ce risque, et conformément à la convention signée entre la Mutuelle et cet organisme.

Article 25 - SECOURS EXCEPTIONNELS

Des prestations exceptionnelles peuvent être accordées aux membres participants et à leur famille, en complément des prestations prévues selon la garantie souscrite, dans la limite d'un budget annuel voté, et selon des modalités fixées par le Conseil d'Administration.

Article 26 - RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur des prestations réglées ou refusées devra parvenir à la Mutuelle dans un délai de mois à compter du règlement ou de la décision de refus de paiement.

Article 27 - DÉLAI DE PRESCRIPTION ET FORCLUSION

Dans tous les cas, les demandes de prestations doivent être adressées à la Mutuelle dans un délai de 2 ans qui suit le remboursement du Régime Obligatoire ou la date d'émission de factures.

De manière générale, toutes actions relatives au présent contrat sont prescrites dans les conditions prévues au Code de la Mutualité (article L. 221-11 et L. 221-12).

TITRE II

CHAPITRE I

Garanties RYTHMO – TEMPO – HARMONY - SINFONIA (Garanties fermées à la souscription au 31 DECEMBRE 2006.)

Article 28 : GARANTIES

La Mutuelle propose aux chefs de famille et aux ayants droit une gamme de garanties santé dite Gamme ACORIS, adaptées aux tranches de vie du chef de famille et appelées :

- RYTHMO pour le chef de famille âgé de moins de 27 ans,
- TEMPO pour le chef de famille âgé de 27 ans à 45 ans,
- HARMONY pour le chef de famille âgé de 46 ans à 65 ans,
- SINFONIA pour le chef de famille âgé de plus de 65 ans.

Chaque garantie propose des classes de remboursements différentes : PIANISSIMO, MODERATO, ALLEGRO, FORTISSIMO.

Si, compte tenu de leur âge respectif, les membres d'un couple dépendent de garanties différentes, et que seul un des membres du couple est assuré à un régime de base, le couple peut choisir pour lui et ses ayants droit une garantie commune qui correspond indifféremment à la garantie de l'un d'eux.

Si les deux membres d'un couple sont affiliés personnellement à un régime de base, ils peuvent souscrire séparément la garantie correspondant à leur tranche de vie, ou opter conjointement pour la garantie correspondant à la tranche de vie de l'un d'entre eux. La garantie proposée aux ayants droit suit celle de la personne les assurant au régime de base.

Ces options sont faites pour l'année civile.

La classe de remboursement est identique pour tous les bénéficiaires d'un même dossier.

Dans la tranche de vie SINFONIA, un surcoût de cotisation est appliqué à compter de 76 ans.

Un tableau récapitulatif des prestations offertes par chacune des garanties, et pour chaque classe de remboursement, est établi en annexe. Les taux et montants y figurant, et indiquant la participation de la Mutuelle, sont présentés dans le respect des dispositions du présent Règlement Mutualiste. Leur versement s'effectue sous réserve :

- D'une prise en charge par le Régime de base ; dans l'hypothèse contraire, les taux ou montants peuvent être différents,
- Du respect des articles 18 et 19,
- Des conditions générales et particulières indiquées ci-après.

Article 29 - CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Les enfants âgés de moins de 21 ans bénéficient du demi-tarif demandé au chef de famille. Ils perdent ce droit lorsqu'il devient chef de famille ou conjoint.
- Le bénéfice des prestations accordées au chef de famille est octroyé gratuitement aux enfants ayants droit du chef de famille à compter du 3ème enfant de moins de 21 ans de cette famille.
- La cotisation est gratuite pendant 12 mois pour l'enfant inscrit dans les 3 mois qui suivent sa naissance.
- La cotisation est gratuite pour le conjoint non encore adhérent pendant un an à condition que ce dernier ait moins de 40 ans, et que son inscription intervienne dans les 3 mois qui suivent le mariage.
- En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint (moins de 60 ans), sous réserve que la personne décédée ait moins de 60 ans, la cotisation du conjoint survivant et des enfants à charge est prise en charge par le Fonds Social de la Mutuelle durant les 12 mois suivant le décès.

Article 30 - CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE

Les conditions de participation de la Mutuelle dans les garanties, et pour chacune de celles-ci, dans les classes de remboursement, sont indiquées dans les tableaux de prestations proposées figurant en annexe, avec les limites en temps et montant.

Les taux indiqués tiennent compte du taux de participation du régime de base.

Article 31 - CONDITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES PRESTATIONS

HOSPITALISATION

CHAMBRE PARTICULIERE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la Mutuelle participe dans toutes les garanties et classes de remboursement, à l'exception de PIANISSIMO, au tarif de la chambre particulière dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe ou selon les conditions fixées par convention avec les établissements.

FORFAIT JOURNALIER

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la Mutuelle participe dans toutes les garanties et classes de remboursement au forfait journalier hospitalier dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe.

ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS HOSPITALISE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, la Mutuelle participe dans toutes les garanties et classes de remboursement, à l'exception de PIANISSIMO, aux frais facturés par l'établissement et engagés par un accompagnant bénéficiaire de la mutuelle (hébergement et repas) dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe.

ACCOMPAGNEMENT D'UN ADULTE AGE DE PLUS DE 70 ANS HOSPITALISE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un bénéficiaire âgé de plus de 70 ans, la Mutuelle participe dans les garanties HARMONY et SINFONIA pour toutes les classes de remboursement, à l'exception de PIANISSIMO, aux frais facturés par l'établissement et engagés par un accompagnant bénéficiaire de la mutuelle (hébergement et repas) dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe.

SOINS

LPP REMBOURSABLES

Il s'agit des produits relevant du LPP (Liste des Prestations et Produits).
Seuls sont remboursables les produits inscrits aux Titres I et II.

CURES THERMALES

Pour une cure remboursée par le régime de base, la Mutuelle prend en charge le ticket modérateur sur les soins, et participe forfaitairement dans toutes les garanties et pour toutes les classes de remboursement, sauf RYTHMO-PIANISSIMO, TEMPO-PIANISSIMO et HARMONY-PIANISSIMO, aux dépenses de transport et d'hébergement engendrées, pour un montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe.

CHAPITRE 2

Garanties PRELUDE piano – SYMPHONIE piano – SONATE piano (Garanties fermées à la souscription au 31 DECEMBRE 2006.)

Article 32 - GARANTIES

La Mutuelle propose aux chefs de famille et aux ayants-droit une gamme de garanties santé adaptées aux tranches de vie du chef de famille et appelées :

- PRELUDE pour le chef de famille âgé de moins de 30 ans,
- SYMPHONIE pour le chef de famille âgé de 31 ans à 55 ans,
- SONATE pour le chef de famille âgé de plus de 56 ans.

Chaque garantie propose une classe de remboursements : PIANO.

Si, compte tenu de leur âge respectif, les membres d'un couple dépendent de garanties différentes, et que seul un des membres du couple est assuré à un régime de base, le couple peut choisir pour lui et ses ayants-droit une garantie commune qui correspond indifféremment à la garantie de l'un d'eux.

Si les deux membres d'un couple sont affiliés personnellement à un régime de base, ils peuvent souscrire séparément la garantie correspondant à leur tranche de vie, ou opter conjointement pour la garantie correspondant à la tranche de vie de l'un d'entre eux. La garantie proposée aux ayants-droit suit celle de la personne les assurant au régime de base.

Ces options sont faites pour l'année civile.

La classe de remboursement est identique pour tous les bénéficiaires d'un même dossier.

Un tableau récapitulatif des prestations offertes par chacune des garanties, et pour chaque classe de remboursement, est établi en annexe. Les taux et montants y figurant, et indiquant la participation de la Mutuelle, sont présentés dans le respect des dispositions du présent Règlement Mutualiste. Leur versement s'effectue sous réserve :

- d'une prise en charge par le Régime de base ; dans l'hypothèse contraire, les taux ou montants peuvent être différents,
- du respect des articles 18 et 19,
- des conditions générales et particulières indiquées ci-après.

Article 33 - CONDITIONS PARTICULIÈRES

Les enfants âgés de moins de 20 ans bénéficient du demi-tarif demandé au chef de famille.

Le bénéfice des prestations accordées au chef de famille est octroyé gratuitement aux enfants ayants-droit du chef de famille à compter du 3ème enfant de moins de 20 ans de cette famille.

Article 34 - CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE

Les conditions de participation de la Mutuelle dans les garanties, et pour chacune de celles-ci, dans les classes de remboursement, sont indiquées dans les tableaux de prestations proposées figurant en annexe, avec les limites en temps et montant.
Les taux indiqués tiennent compte du taux de participation du régime de base.

ARTICLE 35 - CONDITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES PRESTATIONS

HOSPITALISATION

CHAMBRE PARTICULIERE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la Mutuelle participe dans toutes les garanties, et classes de remboursement, au tarif de la chambre particulière, dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe, ou selon les conditions fixées par convention avec les établissements.

FORFAIT JOURNALIER

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la Mutuelle participe dans toutes les garanties, et classes de remboursement, au forfait journalier hospitalier dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe.

ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS HOSPITALISE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, la Mutuelle participe dans toutes les garanties, et classes de remboursement, aux frais facturés par l'établissement et engagés par un accompagnant bénéficiaire de la Mutuelle (hébergement et repas) dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe.

ACCOMPAGNEMENT D'UN ADULTE AGE DE PLUS DE 70 ANS HOSPITALISE

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un bénéficiaire âgé de plus de 70 ans, la Mutuelle participe dans les garanties SONATE, pour toutes les classes de remboursement, aux frais facturés par l'établissement et engagés par un accompagnant bénéficiaire de la Mutuelle (hébergement et repas) dans les limites en temps et montant figurant aux tableaux des prestations établis en annexe.

Cette annexe N°1 fait partie intégrante du Règlement Mutualiste, approuvé par l'Assemblée Générale du 23 Avril 2007 et compété par l'Assemblée Générale du 6 Février 2008.



226, cours de la Libération
38069 GRENOBLE CEDEX 2
Tél : 04 76 33 93 93 - Fax : 04 76 33 93 99



REGLEMENT MUTUALISTE

(ex-Mutuelle CCM)

ANNEXE N°2

PRÉAMBULE

Ce Règlement Mutualiste prend en compte les garanties et produits mis en place par la Mutuelle CCM, aujourd'hui Adrea Mutuelle Alpes Dauphiné, ci-après appelée la Mutuelle, et fermés à la souscription au 31 DECEMBRE 2006.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 : DÉNOMINATION SOCIALE DE LA MUTUELLE

ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné, ci-après appelée la Mutuelle, organisme régi par le Code de la Mutualité ayant son Siège Social au 226 cours de la Libération, 38069 GRENOBLE CEDEX 2, est soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite alors au Registre National des Mutuelles sous le n° 775 595 838. A ce jour le N° de RNM est 311 799 878.

Article 2 : OBJET DU RÈGLEMENT

La présente annexe est établie en complément du Règlement Mutualiste par la Mutuelle, conformément aux dispositions du Code de la Mutualité. Elle est applicable au 16 décembre 2006. Conformément à l'article L.114-5 du Code de la Mutualité, elle a pour objet de définir les droits et obligations de la Mutuelle et de ses adhérents.

CHAPITRE 2 : OBJET ET FORME DE L'ADHÉSION

Article 3 : OBJET DE L'ADHÉSION

La Mutuelle garantit aux bénéficiaires, tels que définis à l'article 8 des Statuts, le remboursement de leurs dépenses de frais de soins de santé et l'attribution de forfaits, notamment en complément des versements effectués par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie Maternité.

Article 4 : CONDITIONS ET FORME DE L'ADHÉSION ou AVENANT

L'adhésion à la Mutuelle, par la souscription d'une garantie individuelle, ou la souscription à une garantie collective dans le cadre d'un contrat facultatif, résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou avenant. Sur ce bulletin, il est mentionné le membre participant, et éventuellement ses ayants droit tels que définis à l'article 8 des Statuts.

Ce bulletin d'adhésion ou avenant comporte également toutes les informations permettant la bonne gestion de la Mutuelle.

L'adhésion ne peut se faire que pour la totalité du produit choisi, produit qui est obligatoirement le même pour l'ensemble des membres de la famille.

En cas d'adhésion ultérieure d'un conjoint ou d'un enfant, le produit retenu est celui du membre participant déjà inscrit.

La date d'adhésion à un contrat de la Mutuelle détermine la date d'anniversaire de ladite adhésion. Cette date est appelée échéance principale.

Chaque contrat possède sa propre échéance principale qui est nécessairement le 1^{er} jour d'un mois.

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

D'une manière générale, l'adhésion ou avenant prend effet immédiatement le :

- 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion ou avenant, accompagné du règlement de la cotisation, est établi entre le 1^{er} et le 15 dudit mois,
- 1^{er} jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion ou avenant, accompagné du règlement de la cotisation, est établi entre le 16 et la fin du mois en cours.

Pour la gamme **HOSPI CONFORT** :

- si celle-ci a été souscrite en même temps qu'une gamme Santé, c'est la règle de la gamme Santé qui s'applique.
- si celle-ci est souscrite en dehors d'une gamme Santé, elle prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit le paiement de la cotisation.

Article 6 : CAS PARTICULIERS

1 - Naissance

L'adhésion d'un nouveau-né à une gamme SANTE se fait au 1^{er} jour du mois de sa naissance.

L'adhésion d'un nouveau-né à la gamme HOSPI CONFORT procède du même principe.

2 - Adoption

En cas d'adoption simple ou plénière, l'adhésion se fait à la date où l'enfant est confié à la famille, ou à la date du jugement d'adoption dans les conditions de délai décrites au paragraphe 1 - Naissance.

3 - C.M.U.C.

Dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, les conditions d'adhésion sont définies par la réglementation correspondante telle que définie dans la loi et les décrets s'y appliquant.

Article 7 : DISPOSITIONS PROPRES À L'ADHÉSION DE CERTAINES GAMMES ET PRODUITS

• Gamme Jeune

La classe d'âge considérée à l'adhésion est de 18 à 26 ans révolus. L'adhérent se voit alors proposer un produit de la gamme commercialisée au moment du changement.

• Gamme Famille

• Gamme Senior, (à partir de 60 ans)

• Gamme Travailleurs Indépendants

• Gamme sur complémentaire et ALD Multiples

• Gamme HOSPI CONFORT

La classe d'âge considérée à l'adhésion est de 18 à 60 ans révolus.

• Allocation pour frais d'obsèques :

Certaines gammes Famille, Seniors et Sur complémentaire intègrent une allocation pour frais d'obsèques (dont le montant n'excède pas 1/2 Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale).

Article 8 : CHANGEMENT DE GARANTIE

Le changement de produit ne peut se faire qu'à la date anniversaire de l'adhésion, appelée échéance principale, et définie à l'article 4 du présent Règlement, à la condition que l'adhérent ait plus d'1 an d'ancienneté en continu à la Mutuelle, et qu'il respecte les critères définis à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste.

Pour la gamme **HOSPI CONFORT**, le changement ne peut se faire qu'à la date anniversaire de l'adhésion, appelée échéance annuelle, et définie à l'article 4 du présent Règlement, à la condition que l'adhérent ait plus d'1 an d'ancienneté en continu à la Mutuelle, et qu'il n'ait, en cas d'augmentation de couverture, perçu aucune prestation dans le courant de l'année qui précède ce changement.

Si, par dérogation, le changement de garantie était rendu possible en cours d'année, le changement suivant ne pourrait se faire que dans le respect des alinéas 1 à 3 ci-dessus, avec une ancienneté dans la garantie de 1 an au moins.

Cas Particulier : sortie des enfants du contrat familial

Dans le cadre d'une garantie souscrite à titre individuel, l'enfant est pris en compte jusqu'à ses 20 ans, sur le dossier de ses parents, jusqu'à l'échéance du contrat qui suit son anniversaire. Il reçoit un courrier l'informant de cette situation. Il peut alors choisir sans délai la garantie correspondant à son âge et à ses besoins.

Dans le cas d'une garantie souscrite au titre d'un contrat collectif, quelque soit l'âge prévu de sortie de l'enfant du contrat du parent, il reçoit un courrier l'informant de cette situation. Il peut alors choisir sans délai la garantie correspondant à son âge et à ses besoins.

Article 9 : RADIATION

Les conditions de radiation sont définies par l'article 12 des Statuts de la Mutuelle.

Cas particulier :

Dans le cadre d'une adhésion obligatoire, telle que définie à l'article 83 du Code Général des Impôts, et précisée par la loi EVIN, il est mis fin à l'adhésion au 1^{er} jour du mois qui suit cette demande écrite, accompagnée de l'attestation fournie par l'employeur et précisant le caractère obligatoire de l'adhésion, et les coordonnées des personnes concernées dans le champ de cette obligation.

CHAPITRE 3 : LES COTISATIONS

Article 10 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

1 - Le bénéfice des prestations et des services proposés par la Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée conformément à l'article L. 112-1 du Code de la Mutualité, en fonction de certains des paramètres suivants :

- du revenu total des bénéficiaires,
- du produit choisi,
- de l'âge de chacun des bénéficiaires calculé en fonction de l'échéance annuelle de l'adhésion,
- de la durée de l'appartenance ininterrompue à la Mutuelle, du Régime de Sécurité Sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit.

Pour les gammes et produits qui intègrent une allocation pour frais d'obsèques, la cotisation est calculée à partir de la table de mortalité référencée « TH 00-02 et TF 00-02 » avec prise en compte de l'âge atteint par les membres bénéficiaires.

2 - À cette cotisation s'ajoutent :

- les cotisations d'adhésion à des organismes supérieurs, (Unions, Fédérations,...) ou organismes techniques dont les montants et modalités de paiement sont fixés par les Règlements et Statuts de ces organismes.
- le droit d'adhésion fixé par l'Assemblée Générale afin d'alimenter le Fonds d'Etablissement comme défini par l'article L. 114-4 du Code de la Mutualité.

Dans le cadre de la loi, il peut se rajouter la perception par la Mutuelle d'une taxe ou contribution. Ladite taxe ou contribution peut être, soit gérée, soit reversée à un organisme désigné, le tout défini par la loi.

3 - Structure de la cotisation :

La cotisation est définie en fonction de la répartition adultes et enfants. La cotisation repose sur 3 personnes payantes. Pour la cotisation enfant, celle-ci est limitée à 2 enfants payants.

Article 11 : RÉVISION DES COTISATIONS

La révision des cotisations est annuelle. Elle prend effet à la date anniversaire de l'adhésion, appelée échéance principale, et telle que définie à l'article 4 du présent Règlement.

Cette révision prend en compte dans sa globalité la variation constatée et prévue du volume du coût des soins et services, Allocation Obsèques comprise.

Conformément aux Articles L.114-1, L.114-7 et L. 221-5 du Code de la Mutualité, cette révision est notifiée à l'adhérent. Ces nouveaux montants sont payables à l'échéance annuelle suivante selon les modalités de paiement indiquées par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de cotisations ou de prestations pour faire face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

Article 12 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, et au plus tard le 1^{er} jour du mois de l'échéance concernée par l'appel de cotisation.

Elles sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion. Dans le cas d'une adhésion en dehors de la date d'échéance annuelle qui aurait été préalablement fixée, la cotisation est due pour la période restante à courir entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'échéance annuelle existante.

Le membre cotisant peut modifier la périodicité et le mode de paiement à condition d'en informer la Mutuelle, 2 mois au moins avant la date de l'échéance annuelle.

La date de paiement prise en considération est celle du règlement au Siège Social, ou dans l'une des Agences, ou dans tout autre lieu accepté par la Mutuelle.

Article 13 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Dans le cas d'un rejet de prélèvement bancaire ou postal, une somme de 5 ?uros sera rajoutée au titre des frais de rejet. En cas de deux rejets successifs, le prélèvement sur compte bancaire ou postal sera supprimé. L'adhérent restant redevable de l'ensemble des cotisations émises majorées des frais de rejet des prélèvements.

A défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent.

La Mutuelle a le droit de résilier la garantie 10 jours après la suspension du contrat. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de la couverture.

Les frais de contentieux à concurrence de 12 € seront réclamés en plus de la cotisation aux membres participants destinataires de la lettre recommandée.

Le produit non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 14 : AMÉNAGEMENT DES COTISATIONS

Règle Spécifique

- L'âge de la personne se détermine par rapport à sa date de naissance et la date d'échéance principale de l'adhésion. Par dérogation, dans le cadre de la gamme HOSPI CONFORT, il est considéré que l'âge à l'adhésion est déterminé par différence de millésime.

Sont dispensés du paiement des cotisations :

- Les bénéficiaires du dispositif de la CMU affiliés à la Mutuelle, sous les conditions et dans les limites prévues par la loi du 27 juillet 1999 (loi n° 99-641) et ses décrets d'application,
- Le 3^{ème} enfant et les suivants inscrits en gamme HOSPI CONFORT.

Remboursement des cotisations

Dans le cadre de la radiation pour rejoindre une couverture obligatoire telle que définie à l'ar-

ticle 8 des Statuts de la Mutuelle, il peut être remboursé la part de cotisation perçue par avance et correspondant à la période de cotisation restant à courir entre le 1^{er} jour du mois qui suit la demande écrite et le terme normal de l'échéance réglée.

En cas de décès de l'une des personnes portées sur le bulletin d'adhésion et sous couvert de ne pas gérer un trop perçu de cette cotisation par avoir sur les cotisations futures des ayants droit restant à encaisser, il pourra être reversé une part de cotisation correspondant au trop perçu encaissé en fonction de la périodicité de paiement, sachant que tout mois commencé est dû.

Dans les cas de radiations définies à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, il pourra être reversé une part de cotisation correspondant au trop perçu encaissé.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS GARANTIES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Article 15 : DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

La nature et l'étendue des prestations versées par la Mutuelle figurent dans les tableaux annexés au présent Règlement.

Les remboursements réalisés par la Mutuelle sont fonction du choix effectué par l'adhérent lors de son adhésion parmi les gammes et produits proposés, et figurant sur le bulletin d'adhésion.

Ces remboursements ont un caractère annuel et sont révisibles comme défini à l'article 11 du présent Règlement, et dans le respect des Statuts de la Mutuelle, conformément aux conditions définies à l'article 24-I desdits Statuts.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle est celle portée sur le document émis par le Régime Obligatoire intervenant pour sa part. Dans le cas de prestations versées hors intervention du Régime Obligatoire, la date des soins prise en compte sera la date de facturation.

ACTES DE PREVENTION

La Mutuelle a choisi les actes de prévention suivants, tels que définis par l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'Article L. 871-I du Code de Sécurité Sociale :

- Acte de DETARTRAGE complet sus et sous-gingival (SC 12) effectué en deux séances maximum par an,

- Les VACCINS suivants :

- . Diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges),
- . Coqueluche : avant 14 ans,
- . Hépatite B : avant 14 ans,
- . BCG : avant 6 ans,
- . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées, et pour les femmes non immunisées désignant un enfant,
- . Haemophilus influenzae B,
- . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Article 16 : CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations prend effet immédiatement après l'adhésion.

Cas particuliers

Dans le cadre de l'adhésion d'un membre participant ayant déjà été adhérent à la Mutuelle CCM, et ayant été radié à l'origine avec une situation contentieuse non réglée, soit pour des prestations indues non remboursées, soit pour des arriérés de cotisations dus et non payés.

Il sera demandé la régularisation immédiate de la totalité des arriérés de sommes dues, dans la limite des prescriptions légales.

Article 17 : CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS ET LIMITES AUX REMBOURSEMENTS

Sous réserve des cas d'exonération de cotisations visés par l'article 14 ci-avant, le bénéfice des prestations assurées par la Mutuelle est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les membres participants doivent en conséquence être à jour de leurs cotisations à la date des soins pour laquelle le remboursement, ou la prise en charge, est demandé.

En vertu des dispositions de l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements effectués par la Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge effective des adhérents.

Article 18 : MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations de la Mutuelle sont versées en complément et sur la base de celles du Régime Obligatoire dont dépend le membre participant. Dans certains cas, elles sont versées sous forme de forfait.

Dans le cas de professionnels de santé non conventionnés, le remboursement de la Mutuelle sera calculé strictement sur la base du tarif de responsabilité du Régime Obligatoire.

Si le membre participant a souscrit auprès d'autres organismes complémentaires des produits lui accordant des indemnités de même nature que celles prévues par sa couverture, la Mutuelle n'interviendra, dans la limite des taux ou montants prévus, que pour la différence entre le total des frais réellement engagés et le montant des prestations reçues au titre de ces produits.

La Mutuelle se réserve le droit de faire exercer un contrôle médical, dentaire ou administratif à tout moment.

Le contrôle médical ou dentaire est assuré par le Médecin ou le Dentiste Conseil de la Mutuelle, agréé par elle, après information des Conseils de l'Ordre des Médecins et des Dentistes.

Modalités propres aux garanties complémentaires aux régimes français d'assurance maladie

Les remboursements sont effectués par la Mutuelle au vu des documents transmis par le Régime Obligatoire, ou par les Professionnels de Santé, dans le cadre du procédé de la télétransmission. Sauf refus express du membre participant, la Mutuelle utilisera le canal des données informatiques d'échanges avec les Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale appelé NOEMIE 1. Sauf refus express du membre participant, et en vertu de conventions passées avec les Professions de Santé ou les Etablissements Hospitaliers, la Mutuelle peut régler directement ses prestations à ceux-ci, dans les conditions prévues par les termes de la Convention de Tiers Payant qui lie la Mutuelle au Professionnel de Santé concerné.

A défaut d'application du procédé appelé NOEMIE 1, les remboursements sont effectués au vu des pièces suivantes :

- l'original des décomptes établis par le Régime Obligatoire, le cas échéant, l'original du justificatif de dépense et de paiement, prescription, facture ou autres pièces jugées utiles au versement de la prestation.

Article 19 : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

• **GARANTIES COMPLÉMENTAIRES AUX RÉGIMES FRANÇAIS D'ASSURANCE MALADIE OUVERTURE DES DROITS** : pour l'ensemble des soins, nécessitant ou non une entente préalable, c'est la date de l'exécution de l'acte qui est retenue comme date de début des travaux.

19-1 – Couverture des Accidents

En cas de versement de prestations consécutives à un accident, non exclues à l'article 21 du présent Règlement, la Mutuelle intervient de la manière suivante :

• Déclaration d'accidents

Le membre participant doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les 48 heures suivant l'accident, une déclaration indiquant :

- Les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit,
- Les noms des témoins,
- Les nom, prénom et adresse du tiers responsable et de la Compagnie d'Assurance qui garantit la responsabilité de ce tiers,
- L'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête. La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement aux formalités habituelles à accomplir en cas de soins courants.

• Accidents de droit commun

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture des frais médicaux par un organisme d'assurance, quelle qu'en soit la forme juridique.

En cas d'accident, dont la responsabilité n'est pas contestée par le tiers responsable, la Mutuelle n'intervient pas.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre participant doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers ou de l'assureur substitué, une action judiciaire civile ou pénale en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par production de l'exploit introductif d'instance, ou à défaut par une pièce délivrée par le greffier ou un avocat. La Mutuelle accorde alors la prise en charge par application des dispositions concernant la subrogation (article 29 du présent Règlement).

Elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

• Accident scolaire

Si l'accident scolaire est couvert par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la Mutualité, la Mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe, conformément aux pratiques en cours entre la Mutuelle d'une part, et la Mutuelle Assurance Élèves d'autre part.

Si l'accident scolaire est couvert par un contrat souscrit auprès d'une Compagnie d'Assurance Privée, ou d'une Société à forme Mutuelle régie par le décret loi du 14 juin 1938, la Mutuelle n'intervient pas.

• Accidents sportifs

Si l'accident sportif est couvert par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la Mutualité, la Mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe, conformément aux conventions passées entre la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle d'une part, et la Mutuelle Nationale des Sports d'autre part.

Si l'accident sportif est couvert par un contrat souscrit auprès d'une Compagnie d'Assurance Privée ou d'une Société à forme Mutuelle régie par le décret loi du 14 juin 1938, la Mutuelle n'intervient pas.

• Accidents sportifs ou de la vie privée

Dans le cadre de la souscription conjointe de la garantie PASS'SPORTS auprès de la Mutuelle Nationale des Sports, et d'un produit Santé auprès de la Mutuelle, il sera versé, dans la limite des frais réels, la part de chacun dans le cadre des garanties et accords définis.

• Accident et tiers payant (de droit commun, scolaire ou sportif)

Dans le cas où la Mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son membre participant tout ou une partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance constituerait au profit de la Mutuelle une créance sur ledit membre qu'il serait tenu de lui rembourser.

Au cas où ledit membre participant serait assuré auprès d'un organisme ou d'une compagnie d'assurance le garantissant pour les mêmes dommages, ce règlement constituerait alors une créance au profit de la Mutuelle sur cet Organisme ou Compagnie d'Assurance.

• Actes judiciaires

En cas d'accident, le membre participant doit également informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

Le membre participant doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

19-2 - Soins à l'étranger

Dans le cadre de soins à l'étranger, et sous réserve de l'application des exclusions prévues au titre de l'article 12 des Statuts de la Mutuelle, il sera versé, selon la nature des soins, la prestation prévue par le produit choisi en complément du remboursement du Régime Général de Sécurité Sociale, tant en soins de ville qu'en hospitalisation.

En cas d'accident ayant entraîné ces soins à l'étranger, seront appliquées les dispositions de l'article 19-1 relatives aux accidents.

19-3 - Forfait Obsèques

Les pièces nécessaires pour le versement du forfait obsèques, (gamme définies à l'article 7), sont les suivantes :

- Certificat de décès,
- Factures originales acquittées des Pompes Funèbres,
- Certificat d'hérédité (si le « de cujus » n'a pas d'héritier direct inscrit sur le même dossier),

En cas de pluralité d'ayants droit, un certificat de l'un d'entre eux se portant fort pour les autres.

A défaut de désignation écrite formelle, le forfait est attribué dans l'ordre ci-après :

- Le conjoint survivant non séparé de corps,
- Les enfants,
- Les ascendants,
- Les héritiers ou tout autre personne bénéficiaire par contrat ou par désignation testamentaire.

Dans le cas où le membre participant de la Mutuelle décède sans avoir désigné un bénéficiaire, et sans laisser d'héritier, le forfait est acquis à la Mutuelle.

19-4 - Maladie Professionnelle ou Accident du Travail

Dans le cas où le membre participant ou l'un des bénéficiaires désignés au contrat demande des remboursements de prestations suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, l'adhérent a obligation d'en informer la Mutuelle.

Par ailleurs, quelque soit le cas concerné au sein de la totalité ci-dessus, la Mutuelle est subrogée de plein droit comme défini à l'Article 29 du présent Règlement.

Article 20 : FORMES ET DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du tiers payant, les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par virement sur le compte indiqué par le membre participant, à défaut par chèque. Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière, et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le membre participant et ses ayants droit doivent fournir.

Article 21 : EXCLUSIONS

Dans le cas de la gamme HOSPI CONFORT

Sont expressément exclus des garanties de la Mutuelle, les frais engagés au titre de soins et hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, consécutifs à :

- Des blessures reçues au cours d'émeutes, soulèvement populaire, guerre civile ou étrangère,
- L'explosion d'un engin ou une partie d'engin atomique,
- L'exposition à des radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs,
- Un état de catastrophe naturelle,
- Des soins à caractère esthétique, sauf s'ils sont consécutifs à un accident lui-même pris en charge par l'assurance maladie obligatoire,
- Des mutilations volontaires, rixes, duels, tentatives de suicide,
- La pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel,
- Des accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu,
- De l'abus de stupéfiants,
- Du défaut d'assurance ou de la non souscription par l'adhérent d'une assurance légalement obligatoire,
- La maternité sauf cas pathologique,
- Les séjours en établissements spécialisés tels que maison de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, établissement et service thermaux, climatique, diététique, centre héliomarine, hospice, gériatrie, gérontologie, service de moyen et long séjours, rééducation fonctionnelle et motrice, psychiatrie, centre médico-pédagogique et psychopédagogique, centre d'éducation spécialisé (IMP, IME), séjours en établissement à caractère sanitaire, centre de vacances, aérium, home d'enfants,
- Les cures de désintoxication liées à la consommation de tabac, alcool, drogue ou stupefiant, cures de sommeil, traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up,
- Les séjours consécutifs à des mutilations volontaires, tentatives de suicide,
- Les hospitalisations consécutives à la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes et motonautiques à titre amateur ou professionnel et de tous les

autres sports à titre professionnel, la participation à des matchs, paris et défis,
• En cours de contrat, les adhérents qui sont expatriés hors du territoire métropolitain. Sont considérées comme expatriées, les personnes exerçant leur activité professionnelle dans les DOM-TOM ou dans un pays étranger.

Article 22 : MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux et les conditions de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Ces modifications, qui pourront entraîner des modifications des cotisations, seront décidées dans les conditions prévues par les Statuts et le Code de la Mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations et de cotisations seront notifiés aux adhérents.

Article 23 : SUSPENSION DE LA GARANTIE

Le droit à prestations est suspendu :

En application des dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité, en cas de non paiement des cotisations, ou fraction de cotisations, dues dans les 10 jours de l'échéance prévue, à l'issue des 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure.

En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.

Article 24 : CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- En cas de résiliation,
- Dans le cadre du respect strict des applications de la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 dite « loi CHATEL »,
- En cas de non paiement de la cotisation (Article L. 221-7 du Code de la Mutualité),
- Il peut également être mis fin à l'adhésion, indifféremment par la Mutuelle ou le membre participant, si les risques couverts par la garantie, conformément à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, ont disparu du fait du :
 - Changement de domicile,
 - Changement de situation matrimoniale,
 - Changement de régime matrimonial,
 - Changement de profession,
 - Retraite professionnelle,
 - Cessation définitive d'activité professionnelle.

Elle doit faire l'objet d'une notification par écrit dans le délai de 3 mois suivant la survenance de cet événement, pour prendre effet 1 mois après réception de la notification.

Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

Dans tous les cas, à la date de résiliation, il est mis fin automatiquement à la liaison informatique d'échanges de données (appelée NOEMIE) avec le régime Obligatoire de Sécurité Sociale. Pour le paiement des prestations qui suivraient cette demande, il conviendra de fournir les originaux des décomptes du Régime Obligatoire.

CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25 : FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées de justificatifs nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans, à compter de l'acte médical ou du décès.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la Mutuelle dans un délai d'1 an à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Article 26 : PRESCRIPTION

En application de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion à la Mutuelle sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, ce délai ne court que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, ce délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là. Cette prescription peut être interrompue par une des causes visées à l'article L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

Article 27 : ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la Mutuelle tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la Mutuelle.

Toute réticence, fautive déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la couverture accordée dans les conditions prévues par l'article 28 ci-après.

Au moment de son adhésion, il informe la Mutuelle de l'existence de couvertures complémentaires santé souscrites auprès d'une autre Mutuelle ou Entreprise d'Assurances.

Article 28 : SANCTIONS

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies aux articles L. 221-14 et L. 221-16 du Code de la Mutualité.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'informations ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

1 - En cas de mauvaise foi, la nullité de la garantie en application de l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité,

2 - Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, la réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant en application de l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un membre participant non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations ou le bénéfice de services garantis par la Mutuelle aux seuls membres participants justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

Article 29 : SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la Mutuelle n'intervient pas en principe. Toutefois, elle pourra, pour les dossiers importants, accorder sa prise en charge. Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit au membre participant dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part de l'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime, et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

Article 30 : AUTRES SERVICES

En complément des garanties statutaires visées ci-avant, la Mutuelle peut, dans le cadre de conventions intervenant entre elle et d'autres prestataires de services, permettre à ses adhérents, de bénéficier d'aides et avantages en nature ou en espèces.

Ces conventions déterminent les conditions dans lesquelles les adhérents pourront bénéficier de ces prestations, et les limites des garanties octroyées.

Dans ce cas, la Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations.

Article 31 : DÉSIGNATION DE L'ORGANE DE CONTRÔLE

La Mutuelle, en raison de sa vocation statutaire, relève de la tutelle du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Elle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles instituée par l'article L. 951-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Cette annexe N°2 fait partie intégrante du Règlement Mutualiste, approuvé par l'Assemblée Générale du 23 Avril 2007 et complété par l'Assemblée Générale du 6 Février 2008.



226, cours de la Libération
38069 GRENOBLE CEDEX 2
Tél : 04 76 33 93 93 - Fax : 04 76 33 93 99



Les conditions de radiation sont définies par l'article 11 des statuts de la MUTUELLE.

Dans le cadre d'une adhésion obligatoire telle que définie à l'article 83-2 du Code Général des Impôts, et précisée par la loi Evin, il est mis fin à l'adhésion au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de cette demande écrite, justifiée par la fourniture d'une attestation établie par l'employeur et précisant le caractère obligatoire de l'adhésion.

Préambule :

Ce Règlement Mutualiste concerne les garanties et produits issues de ADREA Mutuelle Grand Lyon, fermés à la vente au 1^{er} octobre 2009 et intégrés, suite à fusion, au sein de ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement est établi par ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, organisme régi par le Code de la Mutualité, ayant son siège social à Grenoble, 226 cours de la Libération, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le N° 311 799 878 sera désignée dans le présent règlement par le terme « La MUTUELLE ».

Conformément aux dispositions de l'article L.114 – 5 du Code de la Mutualité, il a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de La MUTUELLE et de ses adhérents ci-après définis au titre des opérations visées par les articles 8 et 9 des statuts de la Mutuelle.

CHAPITRE II : OBJET ET FORME DE L'ADHESION A LA MUTUELLE

Article 2 – OBJET DE L'ADHESION

La MUTUELLE garantit aux bénéficiaires tels que définis à l'article 7 de ses statuts le remboursement de leurs dépenses de frais de soins de santé, notamment en complément des versements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie maternité.

Article 3 – CONDITIONS ET FORME DE L'ADHESION

L'adhésion à La MUTUELLE étant à ce jour fermée dans la gamme ci après, seul les modifications et rajouts sur un contrat existant sont possible.

En cas d'adhésion ultérieure d'un conjoint ou d'un enfant, la garantie retenue sera celle du ou des adhérents déjà inscrits.

L'adhésion est familiale. Toutefois, quand à titre exceptionnel l'adhésion des enfants de moins de 20 ans est acceptée sans celle de leurs parents, ou de leur représentant légal, ils cotisent alors en tant qu'adulte.

Article 4 – PRISE D'EFFET DE LA MODIFICATION

Toute modification de couverture ou rajout de conjoint et bénéficiaires prendra effet :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel a été encaissée la cotisation si le paiement est effectué dans les 15 premiers jours du mois
- au 1^{er} jour du mois suivant si le paiement de la cotisation est intervenu durant la deuxième quinzaine.

L'adhésion d'un nouveau-né, d'un enfant adopté, ou du conjoint en cas de mariage, prend effet le premier jour du mois de l'évènement à condition que la demande d'inscription soit faite dans les 3 mois suivant l'évènement.

Pour l'inscription d'un enfant adopté la date prise en compte est soit celle à laquelle il a été confié en vue de l'adoption, soit celle du jugement d'adoption.

Garantie Hospi Plus :

si elle est modifiée en même temps qu'une garantie Santé : c'est la règle de la gamme santé qui s'applique.

- si elle est modifiée en dehors d'une garantie Santé : elle prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit le paiement de la cotisation.

Article 5 – CHANGEMENT DE GARANTIE

La demande d'amélioration de garantie n'est possible qu'après une année complète de sociétariat à la garantie en vigueur au moment de la demande.

Elle doit faire l'objet d'une demande écrite, déposée auprès des services de la Mutuelle au plus tard le 15 janvier de l'année. L'adhérent devra cotiser au moins 3 années à sa nouvelle garantie avant de pouvoir diminuer le niveau de sa garantie.

Le changement de garantie est effectif au 1^{er} janvier de l'année.

Ce changement ne peut se faire que dans la gamme de produits et garanties ouverts à la vente au moment du changement.

Seul les ajouts ou suppressions de bénéficiaires restent possible dans la gamme existante. Ces modifications prennent effet de manière immédiate.

Pour la garantie Hospi Plus, le changement ne peut se faire qu'au 1^{er} janvier de l'année, à la double condition que l'adhérent ait plus de 1 an d'ancienneté continue à la garantie et qu'il n'ait, en cas d'augmentation de couverture, perçu aucune prestation dans le courant de l'année civile qui précède la date d'effet de ce changement.

Article 6 - RADIATION

CHAPITRE III - COTISATIONS

Article 7 – DETERMINATION DES COTISATIONS

Le bénéfice des prestations et des services proposés par La MUTUELLE est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée en fonction :

- du niveau des garanties souscrites,
- de l'âge de chacun des bénéficiaires, calculé au 1^{er} janvier de l'année en cours,
- de la durée de son appartenance ininterrompue à La MUTUELLE,
- du régime de Sécurité sociale d'affiliation
- du lieu de résidence
- du nombre d'ayants droit.

La cotisation enfant est applicable aux enfants jusqu'à la fin de l'année de leurs 18 ans, ou de leurs 28 ans s'ils sont à charge de leurs parents en qualité d'étudiant, de bénéficiaire d'un contrat d'apprentissage ou d'alternance avec une rémunération inférieure à 55 % du SMIC.

Elle est également applicable à l'adulte handicapé, à charge du membre participant, dont le taux de handicap reconnu par la COTOREP ne lui permet pas de se procurer un emploi.

Ces situations de prolongation doivent être justifiées annuellement.

A cette cotisation s'ajoute éventuellement celle afférente aux contrats collectifs souscrits entre la MUTUELLE et des entreprises ou des associations, pour l'indemnisation des frais d'obsèques.

Cette cotisation est révisable chaque année par négociation entre la Mutuelle et les souscripteurs collectifs. A cette cotisation s'ajoutent les cotisations d'adhésion à des organismes supérieures (unions, fédérations,...) ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les règlements ou statuts de ces organismes.

Dans le cadre de la loi, il peut se rajouter la perception par la MUTUELLE d'une taxe ou contribution. La dite taxe ou contribution peut être soit gérée, soit reversée à un organisme désigné, le tout défini par la loi.

Article 8 – REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables, chaque année au 1^{er} janvier, compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués aux adhérents dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante selon les modalités de paiement indiquées sur le bulletin d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie) La MUTUELLE se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

Article 9 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, avant toute demande de remboursement et au plus tard avant le 31 mars de chaque année.

Elles sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion. Dans le cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation pour l'année en cours est perçue pour le nombre entier de mois restant à courir depuis l'adhésion jusqu'au 31 décembre.

Le membre participant peut modifier le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit, auprès de La MUTUELLE 2 mois au moins avant la date d'effet souhaitée.

La date de paiement, prise en considération, est celle du règlement au siège ou dans l'une des agences ou dans tout autre lieu accepté par La MUTUELLE.

Décès en cours d'année :

Les modalités de radiation et montants de cotisations exigibles dans cette situation sont ceux indiqués ci-dessous :

Date décès	Date de radiation	Cotisation due
Au mois de janvier	31 janvier	1/12 ^{ème} de la cotisation annuelle
Au mois de février	31 mars	1/4 de la cotisation annuelle

ou de mars		
Au cours du 2 ^{ème} trimestre	30 juin	1/2 de la cotisation annuelle
Au cours du 3 ^{ème} trimestre	30 septembre	3/4 de la cotisation annuelle
Au cours du 4 ^{ème} trimestre	31 décembre	Totalité de la cotisation annuelle

Article 10 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS – GARANTIES INDIVIDUELLES

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour La MUTUELLE de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La MUTUELLE a le droit de résilier la garantie 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation des garanties.

Des frais de contentieux à concurrence de 12€ seront réclamés en plus de la cotisation au membre participant destinataire de la lettre recommandée

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 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.

Article 11 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS – GARANTIES COLLECTIVES

11-1) Lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, La MUTUELLE l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entend se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscripteur pour le paiement des cotisations.

La MUTUELLE a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné au premier alinéa du présent.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de La MUTUELLE ou de l'union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

11-2) Lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au 11-1 est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du 11-1 et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque.

11-3) Toutefois les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à La MUTUELLE résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale. Les statuts de La MUTUELLE peuvent prévoir les conditions dans lesquelles La MUTUELLE applique, à défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les majorations de retard

à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat.

Article 12 – CAS D'EXONERATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION

Sont dispensés du paiement des cotisations :

- Les bénéficiaires du dispositif de la CMU affiliés à La MUTUELLE, sous les conditions et dans les limites prévues par la loi du 27 juillet 1999 (loi n° 99-641) et ses décrets d'application.
- Le membre participant qui séjourne à l'étranger pour cause d'études ou raison professionnelle (sur justificatifs), pour une durée limitée à 3 ans, pendant laquelle le droit aux prestations est également fermé.
- Le troisième enfant et les suivants inscrits.

Les exonérations de la cotisation enfant ne sont accordées que si l'un des deux parents ou tuteur légal est lui-même adhérent à La MUTUELLE.

CHAPITRE IV - PRESTATIONS GARANTIES MODALITES DE REMBOURSEMENT

Article 13 – DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

La nature et l'étendue des prestations versées par La MUTUELLE figurent dans les notices annuelles de présentation des garanties.

La Mutuelle respecte les dispositions des contrats responsables contenues dans les articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

En sont exclues :

- la participation forfaitaire des assurés sur les consultations et actes médicaux définie à l'article L 322-2 – II du code de la Sécurité Sociale,
- les majorations de participation appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire en application des articles L 161-36-2 (dossier médical) et L 162-5-3 (parcours de soins) du Code de la Sécurité Sociale
- les suppléments d'honoraires facturés par les praticiens consultés hors parcours de soins, dans les limites fixées par décret.
- la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements aux prestations et produits suivants remboursables par l'Assurance Maladie :
 - les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation
 - les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation
 - les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Les remboursements réalisés par La MUTUELLE sont fonction du choix effectué par le membre participant lors de son adhésion, parmi les garanties et options proposées et figurant sur le bulletin d'adhésion. Ces remboursements ont un caractère annuel et sont révisables comme défini à l'article 8 du présent Règlement, et dans le respect des Statuts de la MUTUELLE conformément aux conditions définies à l'article 26-1 desdits Statuts.

Article 14 – CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations prend effet selon les modalités suivantes :

14 –1) Adhésions individuelles en Gamme "Tonus" :

- au jour de la prise d'effet de la modification

14 –2) Adhésions individuelles en Gamme "Confort" :

- au jour de la prise d'effet de la modification

14 –3) Ajout d'un bénéficiaire en Gamme "Quiétude" après un délai de :

- au jour de la prise d'effet de la modification

14 –4) Adhésions en Gamme Hospi Plus après un délai de :

- 3 mois pour toute hospitalisation garantie.

14-5) Pour les contrats collectifs :

Suivant les conditions fixées aux conditions générales et particulières du contrat d'adhésion.

Article 15 – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS ET LIMITES AUX REMBOURSEMENTS

Sous réserve des cas d'exonération de cotisations visés par l'article 12 ci-avant, le bénéfice des prestations assurées par La MUTUELLE est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les adhérents doivent, en conséquence, être à jour de leurs cotisations à la date des soins dont le remboursement ou la prise en charge est demandée.

En vertu des dispositions de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements effectués par La MUTUELLE ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge effective des adhérents.

Article 16 – MODALITES GENERALES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations de La MUTUELLE sont versées en complément et sur la base de celles du régime d'obligation dont dépend l'adhérent. Dans certains cas, elles sont versées sous forme de forfait.

Dans le cas de professionnels de santé non conventionnés, le remboursement de la Mutuelle sera calculé strictement sur la base du Tarif d'Autorité appliqué par le Régime Obligatoire.

Sauf refus express de l'adhérent, et en vertu de conventions passées avec les professions de santé ou les établissements hospitaliers, La MUTUELLE peut régler directement ses prestations à ceux-ci, mais toujours dans la limite de son tarif de responsabilité.

Si le membre participant a souscrit auprès d'autres organismes des garanties lui accordant des indemnités de même nature que celles prévues par sa garantie, La MUTUELLE n'interviendra, dans la limite des taux ou montants prévus, que pour la différence entre le total des frais réellement engagés et le montant des prestations reçues au titre de ces garanties.

Toute clause préférentielle statutaire ou contractuelle contraire, comme toute clause de subrogation ou de mandat, reste inopposable à La MUTUELLE.

La MUTUELLE se réserve le droit de faire exercer un contrôle médical, dentaire ou administratif à tout moment.

Le contrôle médical est assuré par le Médecin-Conseil de La MUTUELLE, agréé par elle, après information de l'Ordre des Médecins.

Les remboursements sont effectués par La MUTUELLE au vu des documents transmis par le Régime Obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

A défaut d'application du procédé de la télétransmission, les remboursements sont effectués au vu des pièces suivantes :

- L'original des décomptes établi par le régime d'obligation,
- le cas échéant, le justificatif d'achat et de paiement : prescription, facture, ...

Article 17 – MODALITES DE REMBOURSEMENT PROPRES A CERTAINES PRESTATIONS

17-1) PROTHESE DENTAIRE

L'adhérent doit, avant le début des travaux, se faire établir par le dentiste, un devis précisant la cotation de chaque prothèse effectuée et le prix détaillé.

L'adhérent adressera ce devis à la Mutuelle qui délivrera en retour une prise en charge indiquant le montant de son remboursement.

La Mutuelle participe aux prothèses dentaires non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), à la condition qu'elles soient inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Sont classés « Hors Nomenclature » les couronnes provisoires, le rebasage, les implants dentaires. Pour le bridge, coté par assimilation, la plaque base métallique n'est pas prise en compte par la Mutuelle.

La participation de la Mutuelle est versée sur présentation du décompte de remboursement de l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du formulaire de prise en charge délivré par la Mutuelle sur lequel le praticien attestera des travaux effectués, de leur prix et de leur paiement.

La date retenue pour le contrôle de l'ouverture des droits est la date du début des soins, toutefois pour bénéficier du remboursement de la Mutuelle l'adhérent ne doit pas être radié à la date d'exécution des travaux.

La Mutuelle se réserve le droit de faire contrôler les dossiers par son Dentiste Conseil.

17-2) TRAVAILLEUSES FAMILIALES

Les demandes de remboursement doivent être constituées d'une facture conforme et de l'accord de la Caisse d'Allocations Familiales sur lequel doit figurer le montant de la prise en charge par cet organisme.

17-3) AIDES MENAGERES

Les demandes de remboursement doivent être constituées d'une facture conforme et de l'accord de la CRAM ou de toute caisse de retraite obligatoire précisant le montant de sa participation.

17-4) PRIME DE NAISSANCE

Après inscription de l'enfant, la prime naissance est versée sur présentation d'une fiche individuelle ou familiale d'état civil.

17-5) SOINS A L'ETRANGER

Dans le cadre de soins à l'étranger et sous réserve de l'application des exclusions prévues au titre de l'article 12 des Statuts de la MUTUELLE, il sera versé, selon la nature des soins, la prestation prévue par le produit choisi en complément du remboursement du régime général de sécurité sociale, tant en soins de ville qu'en hospitalisation.

17-6) ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES

Les pièces nécessaires pour son versement sont les suivantes :

- Certificat de décès, fiche d'état civil et facture originale acquittée des Pompes Funèbres.
- Si le défunt n'a pas d'héritier direct inscrit sur le même dossier : Certificat d'hérédité.
- En cas de pluralité d'ayants droit, un certificat de porte-fort de l'un d'entre eux.

A défaut de désignation écrite formelle, le forfait est attribué dans l'ordre ci-après :

- Le conjoint survivant non séparé de corps, les enfants, les ascendants, les héritiers ou tout autre personne bénéficiaire par contrat ou par désignation testamentaire.

17-7) CURE THERMALE

Dans les gammes individuelles Familles "Confort" et Seniors "Quiétude" la prise en charge de la cure thermique est limitée à une cure par année civile.

Article 18 – FORMES ET DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du tiers payant, les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par chèque ou par virement sur le compte indiqué par le membre participant.

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le membre participant et ses ayants droits doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

ARTICLE 19 – EXCLUSIONS

La MUTUELLE respecte les dispositions des contrats responsables contenues dans l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

Au delà de ces prestations minimum, la Mutuelle ne prend pas en charge les risques liés à une activité sportive, déjà couverts par une licence, les traitements esthétiques ou de cosmétologie et les frais d'hébergement en établissements gériatrique ou de long séjour.

Pour les garanties de la gamme HOSPI PLUS, se rajoutent à cette liste :

- La maternité sauf cas pathologique,
- Les séjours en établissement spécialisé tels que maison de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, établissement et service thermaux, climatique, diététique, centre hélio marin, hospice, gériatrie, gérontologie, service de moyen et long séjours, rééducation fonctionnelle et motrice, psychiatrie, centre médico-pédagogique et psychopédagogique, centre d'éducation spécialisé (IMP, IME), séjours en établissement à caractère sanitaire, centre de vacances, aérium, home d'enfants,
- Les cures de désintoxication liées à la consommation de tabac, alcool, drogue ou stupéfiant, cures de sommeil, traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up,
- Les séjours consécutifs à des mutilations volontaires, tentatives de suicide,
- Les hospitalisations consécutives à la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes et motonautiques à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel, la participation à des matchs, paris et défis,
- En cours de contrat, les adhérents qui sont expatriés hors du territoire métropolitain.
Sont considérées comme expatriées, les personnes exerçant leur activité professionnelle dans les DOM-TOM ou dans un pays étranger.

Article 20 – MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité, ou les taux et les conditions de remboursement des régimes obligatoires de Sécurité Sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Ces modifications, qui pourront entraîner des modifications des cotisations, seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le Code de la Mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations et de cotisations seront portés à la connaissance des adhérents à leur dernière adresse et leur seront opposables à compter de cette notification.

Article 21 – SUSPENSION DE LA GARANTIE

Le droit à prestations est suspendu :

- En application des dispositions des articles 10 et 11 ci-avant, à l'issue des 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues. En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.
- En cas d'un séjour à l'étranger tel que défini à l'article 12 du présent règlement
- En cas de guerre.
D'une façon générale, aucune prestation n'est due pour tous soins, toutes interventions ou hospitalisations intervenus ou survenus pendant la période de suspension.

Article 22 – CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties assurées par La MUTUELLE prennent fin :

- en cas de résiliation;
- en cas de non paiement de la cotisation (Articles 10 et 11 ci-avant).

Il peut également être mis fin à l'adhésion, indifféremment par La MUTUELLE ou le membre participant, si les risques couverts par la garantie ont disparus du fait du :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial ;
- changement de profession, retraite ou cessation définitive d'activité.

Elle doit faire l'objet d'une notification par écrit dans le délai de 3 mois suivant la survenance de cet événement, pour prendre effet 1 mois après réception de la notification.

Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

Article 23 - FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées de justificatifs nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum d'un an, à compter de l'acte médical ou du décès.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à La MUTUELLE dans un délai d'un an à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Article 24 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'adhésion à la MUTUELLE sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court,

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant : que du jour où la mutuelle ou l'union 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.

Cette prescription peut être interrompue par une des causes visées à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

Article 25 – ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à La MUTUELLE tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par La MUTUELLE.

Toute réticence, fautive déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 26 ci-après.

Au moment de son adhésion, il informe La MUTUELLE de l'existence de garanties Complémentaire Santé souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurance.

Article 26 - SANCTIONS

La MUTUELLE se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à La MUTUELLE un préjudice dûment constaté selon les modalités définies à l'article 12 de ses statuts.

En cas de résidence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi : La nullité de la garantie en application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : La réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant en application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent, La MUTUELLE se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations ou le bénéfice de services garantis par La MUTUELLE aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

Article 27 - SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, La MUTUELLE n'intervient pas en principe. Toutefois, elle pourra, pour les dossiers importants, accorder sa prise en charge. Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit à l'adhérent dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que La MUTUELLE a exposées, 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.

En est exclue la part de l'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la MUTUELLE n'indemnise ces éléments de préjudice.

Article 28 – ACTION SOCIALE

Pour aider les adhérents à faire face à des difficultés particulières de paiement de leur cotisation dues à une situation de chômage, ou à sortir d'une situation ponctuellement difficile, la Mutuelle a créé un fonds de chômage et un fonds social. L'adhérent doit justifier d'un an de sociétariat à la date de l'événement. Les demandes sont examinées par une Commission spécifique composée d'élus mutualistes qui statuent sur dossier constitué auprès des services administratifs auquel sont joints les justificatifs des ressources de la famille, des dépenses engagées et de leur motivation.

Article 29 – AUTRES SERVICES

En complément des garanties statutaires visées ci avant, La MUTUELLE peut :

- proposer une indemnité pour remboursement des frais d'obsèques. En ce qui concerne la garantie obsèques, chaque année, l'Assemblée générale fixe sa reconduction, sa modification ou sa suppression. Cette garantie est annuelle.
- dans le cadre de conventions intervenant entre elle et d'autres prestataires de services, permettre à ses adhérents à une garantie santé, en difficulté, par suite de maladie ou d'accident, de bénéficier d'aide en nature ou en espèces.
- dans le cadre d'une convention intervenue entre elle et le Prestataire du Service Plateforme Santé :
 - faire bénéficier dudit service, ses propres adhérents en adjonction à leur garantie santé,
 - proposer le Service Plateforme Santé aux Mutuelles adhérentes à l'Union ADREA pour qu'elles puissent l'adjoindre aux garanties santé qu'elles diffusent.

Dans ce cas, La MUTUELLE n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations.

Article 30 – DESIGNATION DE L'ORGANE DE CONTROLE

La MUTUELLE en raison de sa vocation statutaire relève de la tutelle du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Elle exerce son activité sous le contrôle de l'autorité de contrôle des Assurances, Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (A.C.A.M.) institué par l'article L.951-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Annexe 3 au Règlement Mutualiste de ADREA mutuelle Alpes Dauphiné, mis en place par l'Assemblée Générale du 18 mai 2009 et applicable au 1^{er} octobre 2009.



Annexe N° 4 Règlement Mutualiste EQUILIBRES PRO

REGLEMENT COLLECTIF DES GARANTIES « FRAIS DE SANTE » ENTREPRISES VALANT NOTICE D'INFORMATION RCOENTR 2010-I ADREA Mutuelle Santé Prévoyance

I. PREAMBULE	2	II.10. Exclusion du membre honoraire ou participant	5
II.1. Objet du règlement collectif entreprise	2	II.11. Action sociale	5
II.2. Principes	2	II.12. Les recours	6
II.2.1. Pour l'entreprise	2	II.13. Réalisations mutualistes	6
II.2.2. Pour le salarié	2	II.14. Informatique et libertés	6
II.2.3. Définition du Régime collectif	2	II.15. Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles	6
II. DISPOSITIONS COMMUNES AUX REGIMES OBLIGATOIRE ET FACULTATIF ET AUX OPTIONS FACULTATIVES ACCESSOIRES AU REGIME CHOISI	2	III. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU REGIME OBLIGATOIRE	6
II.1. Adhésion - Obligations de l'entreprise	2	III.1. Obligation de l'entreprise souscriptrice	
II.1.1. Adhésion de l'entreprise	2	III.1.1. Affiliation des salariés concernés	
II.1.2. Effet - durée - renouvellement de l'adhésion	2	III.2. Conséquences de l'affiliation obligatoire pour le salarié	
II.1.3. Redressement judiciaire ou liquidation judiciaire	2	III.2.1. Adhésion – date d'effet	6
II.2. Modification du règlement / Information des Adhérents	2	III.2.2. Cessation des garanties	6
II.3. Résiliation	2	III.2.3. Application des dispositions de la loi Evin (art 4 de la loi du 31 décembre 1989)	6
II.3.1. Résiliation à l'initiative de l'entreprise	2	III.2.4. Suspension des garanties en cas de suspension du contrat de travail	6
II.3.2. Résiliation à l'initiative de la mutuelle	2	III.3. Spécificités des cotisations du régime obligatoire	6
II.3.3. Résiliation à l'initiative du salarié	2	III.3.1. Modalités de fixation	6
II.4. Ouverture, modification et cessation des garanties	3	III.3.2. Modalités de règlement des cotisations	6
II.4.1. Entrée en vigueur des garanties	3	a. Précompte de la cotisation	7
II.4.2. Modification des garanties – adaptation des garanties aux exigences légales et réglementaires	3	b. Incidence du non-paiement des cotisations précomptées	7
II.4.3. Cessation des garanties / maintien de la couverture à la cessation du contrat de travail	3	IV. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX REGIME ET OPTIONS FACULTATIFS	7
II.5. Prescription	3	IV.1. Objet	7
II.6. Subrogation	3	IV.2. Résiliation	7
II.6.1. Subrogation dans le recours contre tiers en cas d'accident	3	IV.3. Obligations de l'entreprise	7
II.6.2. Subrogation à l'égard des caisses de Sécurité Sociale	3	IV.4. Obligations du salarié	7
II.7. Élection de domicile	3	IV.5. Entrée en vigueur des garanties	7
II.8. Cotisations	3	IV.6. Cotisations	7
II.8.1. Fixation et évolution des cotisations	3	IV.6.1. Modalités des cotisations	7
II.8.2. Moyens de paiement	3	IV.6.2. Les gratuits	7
II.9. Les prestations frais de santé	4	IV.6.3. Les réductions de cotisations	7
II.9.1. Définition des prestations	4	IV.6.4. Modalités de paiement	7
II.9.2. Bénéficiaires des prestations	4	IV.6.5. Incidence du non paiement de la cotisation	7
II.9.3. Affiliation à un régime d'assurance maladie obligatoire	4	a. Non paiement de la cotisation lorsque la cotisation est précomptée par l'employeur	7
II.9.4. Assiette de prestations	4	b. En cas de prélèvement sur le compte du salarié	7
II.9.5. Conditions d'octroi de certaines prestations lorsqu'elles sont prévues dans la garantie choisie	4	c. Non paiement de sa cotisation par l'employeur	8
II.9.6. Règlement des prestations	4	IV.7. Résiliation	8
a. Ouverture des droits	4	IV.7.1. Résiliation à l'initiative du membre participant	8
b. Prise en charge	4	IV.7.2. Résiliation à l'initiative de la mutuelle	8
II.9.7. Modalités de paiement des prestations	4	IV.7.3. Résiliation à l'initiative de l'entreprise souscriptrice	8
a. Règlement	4	IV.8. Cessation des garanties	8
b. Date des soins	5	V. MODALITES SPECIFIQUES DE L'OPTION FACULTATIVE Renfort Pro	8
c. Contrôle	5	V.1. Définition	8
II.9.8. Limite des remboursements	5	V.2. Choix du Renfort Pro	8
II.9.9. Tiers payant	5	V.3. Durée minimale d'adhésion avant modification	8
II.9.10. Exclusions	5	V.4. Les prestations d'assistance associées au Renfort Pro	8
a. Exclusions relatives au caractère « responsable » de la garantie		V.5. Modalités de paiement de certaines prestations	8
b. Autres exclusions			
II.9.11. Fausses déclarations	5		

I. PREAMBULE

I.1. OBJET DU RÈGLEMENT COLLECTIF ENTREPRISE

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné assure des garanties « frais de santé » Equilibres Pro dans un cadre collectif aux salariés d'une entreprise adhérente.

Il peut s'agir à l'égard des salariés de l'entreprise, et éventuellement de leurs ayants droit, d'un régime de base de couverture des frais de santé :

- collectif obligatoire,
- collectif facultatif,

Il peut également s'agir pour les ayants droit et/ou le salarié lui-même :

- d'une option facultative accessoire au régime de base obligatoire pour les ayants droit,
- d'une option supplémentaire au régime de base obligatoire ou facultatif pour le salarié et ses ayants-droit (Renfort Pro). Cette option vient en complément de l'adhésion de l'entreprise au règlement des garanties de base qu'elle complète éventuellement. Cette option peut être également choisie en complément d'une garantie contractuelle obligatoire ou facultative mise en place avec ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné (Garantie Equilibres Pro contractuelle).

Lorsqu'il s'agit d'une option complétant un régime de base, le caractère responsable de la garantie de base n'est pas remis en cause par l'option supplémentaire facultative éventuelle. De même, cette option est subordonnée à l'existence d'une adhésion à un régime de base, et forme avec lui un tout indivisible, au regard de l'appréciation du caractère responsable du contrat.

Le règlement collectif concerne les entreprises dont 20 salariés (effectif total ou catégorie de personnel concernée) au plus sont affiliés à titre obligatoire au jour de l'adhésion au règlement.

Il est sans limite d'effectif assuré, lorsque le régime mis en place, est facultatif.

Ce règlement collectif Entreprise précise en premier lieu les dispositions communes aux régimes de base (obligatoire et facultatif) et aux options accessoires à ceux-ci et en second lieu, les spécificités de chaque régime ou des options. Le détail des garanties est précisé en annexe

I.2. PRINCIPES

I.2.1. Pour l'entreprise

Quel que soit le régime de base choisi, l'entreprise signe un bulletin d'adhésion et devient membre honoraire de la mutuelle.

Le bulletin d'adhésion signé par l'entreprise détermine le régime de base ainsi que les éventuelles options choisies.

I.2.2. Pour le salarié

Le salarié de l'entreprise :

soit : est affilié par l'entreprise lorsque le régime est obligatoire et remplit un bulletin d'affiliation,

soit : remplit un bulletin d'adhésion lorsqu'il se trouve dans le cadre d'un régime, ou d'une option, facultatif pour lui et/ou ses ayants droit.

Le salarié devient membre participant de la mutuelle.

I.2.3. Définition du Régime collectif

Les dispositions de ce règlement s'appliquent aux salariés de l'entreprise adhérente, relevant des catégories visées au bulletin d'adhésion et ce, dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L.112-1 et suivants et L.114-1 du Code de la Mutualité ainsi que des conditions légales et réglementaires de mise en œuvre d'un régime collectif.

L'employeur est garant de ces conditions de mise en œuvre.

II. DISPOSITIONS COMMUNES AUX REGIMES OBLIGATOIRE ET FACULTATIF ET AUX OPTIONS FACULTATIVES ACCESSOIRES AU REGIME CHOISI

II.1. ADHÉSION - OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

II.1.1. Adhésion de l'entreprise

Le représentant légal de l'entreprise signe un bulletin d'adhésion.

La signature de ce bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement et son annexe.

Le bulletin d'adhésion précise l'engagement de l'entreprise adhérente qui devient membre honoraire de la mutuelle.

L'employeur s'engage à informer les salariés sur leurs droits et obligations issus du présent règlement, en leur remettant la notice établie par la mutuelle, définissant les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur.

II.1.2. Effet - durée - renouvellement de l'adhésion

L'adhésion de l'entreprise prend effet :

- à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier.

II.1.3. Redressement judiciaire ou liquidation judiciaire

L'entreprise souscriptrice s'engage à tenir informée la mutuelle en cas de dépôt de sa déclaration de cessation des paiements au greffe du tribunal compétent dans un délai de 15 jours.

II.2. MODIFICATION DU RÈGLEMENT / INFORMATION DES ADHÉRENTS

En application des dispositions de l'art L.221-5 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale adopte les règlements ainsi que leurs annexes et peut les modifier. Elle peut modifier les garanties dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité et les statuts d'ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné.

Les membres honoraires (entreprise) et participants (salariés) sont informés, dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité, de ces modifications qui leur sont opposables.

L'entreprise s'engage à remettre à ses salariés une notice comportant les modifications apportées.

II.3. RÉSILIATION

II.3.1. Résiliation à l'initiative de l'entreprise

L'adhésion de l'entreprise prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux de l'entreprise souscriptrice, si elle est signifiée à la mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

II.3.2. Résiliation à l'initiative de la mutuelle

Les modalités de résiliation relèvent des dispositions spécifiques au régime de base obligatoire ou régime de base facultatif. (cf. infra)

II.3.3. Résiliation à l'initiative du salarié

Les modalités de résiliation relèvent des dispositions spécifiques au régime de base ou des options facultatifs. (cf. infra)

II.4. OUVERTURE, MODIFICATION ET CESSATION DES GARANTIES

II.4.1. Entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'appliquent à la date d'effet prévue au bulletin d'adhésion

II.4.2. Modification des garanties – adaptation des garanties aux exigences légales et réglementaires

. Toute modification des garanties votée par l'Assemblée Générale d'ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné fait l'objet d'une information par la mutuelle à l'entreprise adhérente et s'impose à celle-ci.

Le Conseil d'Administration peut également, s'il en a reçu délégation de l'Assemblée Générale, décider de l'adaptation des garanties en cours d'année. Ce sera notamment le cas lorsque celles-ci seront imposées par les textes, afin de permettre à l'entreprise adhérente et à ses salariés de continuer de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux qui leur sont attachés.

L'entreprise s'engage à remettre à ses salariés une notice comportant les modifications apportées.

II.4.3. Cessation des garanties / maintien de la couverture à la cessation du contrat de travail

Les modalités de cessation des garanties sont spécifiques à chacun des régimes de base (obligatoire ou facultatif) ou des options.

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les intéressés pourront garder, conformément aux dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 et à ses avenants, le bénéfice des garanties des couvertures complémentaires santé appliquées dans l'entreprise pendant leur période de chômage et pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, dans la limite de 9 mois. Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les mêmes proportions qu'antérieurement ou par le système de mutualisation défini par l'accord collectif applicable au régime (accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008).

II.5. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. S'agissant toutefois, de la prime de naissance ou d'adoption, la prescription est portée à dix ans, lorsqu'elle est versée à un bénéficiaire différent du membre participant.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance

II.6. SUBROGATION

II.6.1. Subrogation dans le recours contre tiers responsable

La mutuelle est, en vertu de l'article L 224-9 du Code de la Mutualité, subrogée de plein droit au membre participant ou ses ayants droit victimes d'un accident dans son action contre le tiers responsable du dommage ayant entraîné le versement des prestations, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à la mutuelle d'exercer, le cas échéant, ces droits et actions, le membre participant victime d'un accident doit fournir une déclaration circonstanciée de l'accident.

Le membre participant ou ses ayants droit doivent tenir la mutuelle informée de l'état et de l'évolution de leurs blessures, de leur consolidation, ainsi que de leurs

intentions à l'égard du tiers ou de son assureur substitué. Il en est de même de toute instance judiciaire, pénale ou civile, tant en ce qui concerne son engagement que son déroulement et son aboutissement. La mutuelle peut intervenir ou se joindre à la procédure si elle le juge utile.

Le membre participant ou ses ayants droit doivent de même tenir la mutuelle informée de tout projet de règlement amiable avec l'auteur de l'accident ou son assureur substitué. Ils ne pourront proposer ou accepter un tel règlement sans avoir sollicité et obtenu au préalable l'accord écrit de la mutuelle, lui-même conditionné par la reconnaissance des droits de celle-ci par le tiers responsable ou son assureur substitué.

Si par la faute du membre participant ou de ses ayants droit, la subrogation de la mutuelle ne peut ou ne peut plus s'exercer, ceux-ci sont déchus de leur droit aux prestations en cause et la mutuelle déchargée de ses obligations à leur égard. Si le membre participant ou ses ayants droit ont déjà perçu de la mutuelle tout ou partie des dites prestations, celle-ci dispose envers eux d'une action en remboursement, dans la mesure où aurait pu s'exercer cette subrogation.

Pour l'application du présent article, on entend par accident toute atteinte corporelle provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, indépendante de la volonté

II.6.2. Subrogation à l'égard des caisses de Sécurité Sociale

L'adhésion à la mutuelle entraîne subrogation de plein droit de celle-ci dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses d'assurance maladie obligatoire pour la part des prestations avancée par la mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

II.7. ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du bulletin d'adhésion établi en application du présent règlement, la personne morale doit faire obligatoirement l'élection de domicile en France ou dans un pays membre de la Communauté Européenne.

Si la personne morale a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du bulletin d'adhésion notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

II.8. COTISATIONS

II.8.1. Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle ou par délégation de celle-ci, par le Conseil d'Administration.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de l'envoi par la mutuelle de la décision de l'Assemblée Générale ou du Conseil d'Administration à l'entreprise adhérente. L'entreprise s'engage à remettre aux membres participants (salariés de l'entreprise) la notice d'information modifiée.

II.8.2. Moyens de paiement

Le paiement de la cotisation s'effectue selon l'une des modalités suivantes :

• prélèvement automatique

Il doit être transmis à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

En cas d'incidents de paiement répétés : 2 rejets consécutifs de prélèvements, la mutuelle se réserve le droit :

- o de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées,
- o d'exiger le paiement annuel de la cotisation.

En cas de rejet de prélèvement, il sera imputé à l'entreprise ou au salarié des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

L'entreprise ou le salarié réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devra en faire la demande par écrit. Le solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours devra être acquitté par tout autre moyen.

Le bulletin d'adhésion peut prévoir le versement d'un acompte à l'adhésion.

• Paiement par chèque

Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à la mutuelle au moins deux jours avant l'échéance des cotisations définies au contrat,

en cas d'incidents de paiement répétés : 2 rejets consécutifs de chèques, la mutuelle se réserve le droit :

- o de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées,
- o d'exiger le paiement annuel de la cotisation,
- o d'imputer à l'entreprise ou au salarié des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

II.9. LES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

II.9.1. Définition des prestations

Les garanties assurées par la mutuelle dans le cadre du présent règlement sont des garanties relatives au remboursement de frais de santé et sont définies en annexe de ce règlement.

Les garanties sont « responsables ». Si elles viennent s'adosser à un contrat responsable (cf Renfort Pro), elles conservent ce caractère responsable dans la mesure où elles ne peuvent être souscrites seules. Il est convenu que les éventuelles nouvelles modalités de prise en charge (exclusions ou obligations de prise en charge) instituées par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent règlement s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut également s'agir de prestations forfaitaires ou de prestations supplémentaires à celles versées par la Sécurité Sociale. Une annexe au présent règlement précise le niveau de prise en charge et le montant des prestations..

II.9.2. Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont définis au bulletin d'adhésion conformément à l'acte mettant en place le régime collectif.

Sauf dispositions contraires précisées au bulletin d'adhésion les bénéficiaires peuvent être :

- **le membre participant,**
- **les ayants droit du membre participant :**
 - o les personnes reconnues comme ayants droit du membre participant par la législation de la Sécurité Sociale,
 - o les membres d'une même famille ou vivant au foyer du membre participant, bénéficiant d'une couverture sociale personnelle et désignés sur le bulletin d'adhésion ainsi : conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfants de moins 27ans non mariés, non pacésés ou ne vivant en concubinage.

II.9.3. Affiliation à un régime d'assurance maladie obligatoire

Le membre participant fait connaître sa situation ainsi que celle de ses ayants droit au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Toute modification sera signalée à la mutuelle.

ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné pourra, lorsque le paiement des prestations y est conditionné, exiger du membre participant ou de ses ayants droit la fourniture de la carte d'assurance maladie ou de son attestation.

Cette utilisation sera faite conformément aux dispositions légales et aux recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

L'adhésion de tout membre participant ou ayant droit ne pouvant justifier de son appartenance à un régime légal d'assurances sociales est nulle

II.9.4. Assiette de prestations

Les prestations ont pour base le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les actes relevant de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour les actes relevant de la

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Ce taux de prise en charge peut-être exprimé soit en pourcentage de la base de remboursement ou du tarif de responsabilité, soit en pourcentage du remboursement Sécurité Sociale selon la prestation.

Les prestations supplémentaires peuvent être également exprimées forfaitairement, et notamment pour le remboursement de dépenses non prises en charge par les assurances sociales, liées à un événement garanti.

Les bases de remboursement sont celles connues au moment de l'émission du présent règlement et des conditions particulières.

En cas de baisse des taux ou de réévaluation des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, la mutuelle se réserve le droit de conserver le montant de remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification, tel qu'il aurait été calculé sous l'empire de la réglementation antérieure.

Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant en annexe au règlement.

Cependant, le caractère responsable du régime institué dans l'entreprise nécessite que les garanties s'adaptent aux évolutions législatives et réglementaires. La mutuelle pourra en conséquence adapter les prestations en fonction de ces exigences.

Sauf cas particulier et notamment dans le cadre des Renforts Pro, l'absence de prise en charge des actes codifiés en NGAP ou la prise en charge codifiée à 0% pour les actes sous CCAM par les régimes sociaux ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la mutuelle.

II.9.5. Conditions d'octroi de certaines prestations lorsqu'elles sont prévues dans la garantie choisie

Frais de séjour de l'accompagnant : l'accompagnant doit être un membre de la famille du malade. Le séjour s'entend dans l'établissement au chevet du malade.

Forfait journalier : le montant du forfait journalier pris en charge est celui fixé par décret dans la limite de 20€.

Renfort Pro : prime de naissance ou d'adoption : pour être versée, l'enfant doit être né viable et affilié en tant qu'ayant droit du membre participant. Cette prime est indifféremment versée au père ou à la mère, membre participant..Une seule prime est versée par enfant. L'enfant adopté doit être mineur.

II.9.6. Règlement des prestations

a) Ouverture des droits

Pour que le salarié puisse bénéficier des prestations, l'entreprise adhérente et/ou le salarié doivent être à jour de leurs cotisations et les droits doivent être ouverts.

b) Prise en charge

En cas d'hospitalisation : l'établissement ou le membre participant peut demander à la mutuelle une prise en charge permettant de vérifier l'étendue des droits au regard des prestations complémentaires et supplémentaires.

II.9.7. Modalités de paiement des prestations

a) Règlement

Le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur le compte du membre participant ou du bénéficiaire :

- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :
 - décompte de prestations original établi par le régime légal d'assurances sociales dont relève l'adhérent et, le cas échéant, un relevé d'honoraires (original si support papier),
 - originaux des factures acquittées des frais de supplément pour chambre particulière ou des frais de séjour de l'accompagnant,
 - original de la facture acquittée relative au forfait journalier hospitalier,
 - note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés et non prévus à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) mais non remboursés par le régime obligatoire,
 - facture détaillée et acquittée des prestations d'optique accompagnée du décompte de Sécurité Sociale,

- devis prothétique réalisé par le chirurgien dentiste traitant et la facture des honoraires acquittée par ce dernier accompagnés du décompte de Sécurité Sociale,
- facture détaillée et datée pour les prestations non prises en charge par la Sécurité Sociale prévues dans les Renforts Pro :
- soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire, sauf renonciation du membre participant ou de ses ayants droit

Des justificatifs particuliers pourront être exigés pour permettre la liquidation du dossier.

b) Date des soins

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement des régimes d'assurance obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite. Le calcul de l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation prend en considération les prestations payées dans l'année en fonction de la date des soins telle que définie ci-dessus.

c) Contrôle

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, et/ou un contrôle administratif, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la mutuelle.

Lorsqu'un contrôle effectué par la Sécurité Sociale donne lieu à récupération de sommes indûment versées de la part obligatoire, la mutuelle s'autorise également à récupérer auprès du bénéficiaire les sommes qui auraient pu lui être indûment versées au titre de sa garantie.

II.9.8. Limite des remboursements

LES REMBOURSEMENTS OU LES INDEMNISATIONS DES FRAIS OCCASIONNÉS PAR UNE MALADIE, UNE MATERNITÉ OU UN ACCIDENT NE PEUVENT EXCÉDER LE MONTANT DES FRAIS RESTANT À LA CHARGE DE L'ASSURÉ OU DE L'ADHÉRENT APRÈS LES REMBOURSEMENTS DE TOUTE NATURE AUXQUELS IL A DROIT ET AVANT LA PRISE EN CHARGE INSTAURÉE PAR L'ARTICLE L. 861-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. LES GARANTIES DE MÊME NATURE CONTRACTÉES AUPRÈS DE PLUSIEURS ORGANISMES ASSUREURS PRODUISENT LEURS EFFETS DANS LA LIMITE DE CHAQUE GARANTIE. DANS CETTE LIMITE, LE BÉNÉFICIAIRE PEUT OBTENIR L'INDEMNISATION EN S'ADRESSANT À L'ORGANISME DE SON CHOIX.

II.9.9. Tiers payant

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

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

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

II.9.10. Exclusions

Sont exclues des garanties, les demandes de remboursement de prestations liées aux événements suivants :

a) Exclusions relatives au caractère « responsable » de la garantie

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations effectuées hors parcours de soins,
- la majoration du ticket modérateur pour les consultations dans et hors parcours de soins quand l'assuré n'autorise pas l'accès à son dossier médical personnel,
- une franchise réglementaire sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires,
- les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

b) Autres exclusions

Sans préjudice des obligations de prise en charge instituées par les articles L871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu au versement de prestations, les dépenses liées à

la chirurgie esthétique et les traitements radiothérapeutiques à effets destructeurs effectués dans un but esthétique, les soins et traitements esthétiques lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire,

les cures et traitements de rajeunissement et de détente,

tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie. Par soins engagés, il faut entendre date des soins telle qu'elle est définie ci-dessus,

le forfait journalier, la chambre particulière et les frais d'accompagnement : ne sont pas servis pour tous les séjours en hospices, maisons de retraite ou centres et unités de long séjour pour personnes âgées.

II.9.11. Fausses déclarations

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

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

II.10. EXCLUSION DU MEMBRE HONORAIRE OU PARTICIPANT

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions de l'article 13 des statuts.

Le membre exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

II.11. ACTION SOCIALE

Le Conseil d'Administration nomme une commission d'action sociale dont le budget est voté par l'Assemblée Générale. La commission peut participer, dans la limite du budget qui lui est attribué, à des compléments de prestations à caractère médical restées à la charge du membre participant au regard d'une situation sociale ou d'une nécessité médicale insuffisamment ou non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

II.12. LES RECOURS

Hormis les cas concernant le contentieux électoral, tout différend pouvant survenir entre la mutuelle et l'un de ses membres ou inversement, à l'occasion de l'application de ce règlement, devra obligatoirement, avant de faire l'objet d'une action en justice, être soumis à une commission paritaire dite de conciliation, étant entendu que, quelle que soit la décision de celle-ci, les parties resteront libres de porter ensuite ce différend devant le tribunal compétent. La commission de conciliation est constituée et réunie à la diligence du Conseil d'Administration et comprend deux membres choisis par ce dernier et deux choisis par l'adhérent parmi les membres participants. Elle rend compte de ses résultats au Conseil.

II.13. RÉALISATIONS MUTUALISTES

Les membres d'ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné peuvent bénéficier des prestations et services proposés par les unions auxquelles adhère ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné.

II.14. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

Le membre participant ou son ayant droit peut indiquer à la mutuelle qu'il ne souhaite pas recevoir des propositions concernant les produits de la mutuelle ou que celle-ci propose en tant qu'intermédiaire (mail, sms, courrier).

II.15. AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) (ex CCAMIP) sis 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

III. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU RÉGIME OBLIGATOIRE :

III.1. OBLIGATION DE L'ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE

III.1.1. Affiliation des salariés concernés

L'entreprise souscrite s'engage lors de son adhésion à affilier à la garantie la totalité de ses salariés entrant dans la catégorie de personnel définie au bulletin d'adhésion.

III.2. CONSÉQUENCES DE L'AFFILIATION OBLIGATOIRE POUR LE SALARIÉ

III.2.1. Adhésion – date d'effet

Le salarié de l'entreprise remplit un bulletin d'affiliation à la mutuelle et en devient membre participant.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation ou pour les salariés nouvellement recrutés, au jour de l'affiliation du salarié par l'entreprise.

III.2.2. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de la garantie obligatoire par l'entreprise ou la mutuelle,
- lorsqu'un salarié sort de la catégorie de personnel mentionnée dans le bulletin d'adhésion,
 - sous réserve de l'application des dispositions des articles III.3.3 et III.3.4 ci-dessous, en cas de rupture du contrat
 - de travail ou de départ en retraite du salarié,
 - sous réserve de l'application des dispositions de l'article III.3.3 ci-dessous, le décès d'un salarié met un terme à la couverture de ses ayants droit

III.2.3. Application des dispositions de la loi Evin (art 4 de la loi du 31 décembre 1989)

La mutuelle proposera aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, un maintien d'une couverture « garantie santé » sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail.

Cette garantie prendra effet au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La mutuelle respectera cette obligation tant que les conditions initiales d'octroi seront respectées (bénéfice d'un revenu de remplacement, d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) et tant que l'adhésion de l'entreprise sera en vigueur. Au-delà, les bénéficiaires de cet avantage pourront bénéficier d'une garantie individuelle.

De même, la mutuelle maintiendra la couverture, au profit des personnes ayants droit du salarié décédé, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois suivant le décès, pendant une durée de vingt quatre mois. Cette garantie prendra effet au lendemain de la demande

III.2.4. Suspension des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice du régime doit être maintenu et la participation de l'employeur doit être versée, dans les cas de suspension du contrat de travail prévus par le code du travail pour la période pendant laquelle les salariés bénéficient d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, quelle que soit la cause de la suspension du contrat.

A défaut, la garantie est suspendue, sauf disposition expresse contraire prévue dans l'acte fondant le régime et précisée au bulletin d'adhésion.

L'employeur informe la mutuelle dans le mois suivant la reprise du salarié. A défaut d'information dans ce délai, la garantie est due par la mutuelle dans la mesure où l'affiliation, résultant du présent contrat, est de plein droit. En contre partie une action en paiement des cotisations sera menée par la mutuelle.

III.3. SPÉCIFICITÉS DES COTISATIONS DU RÉGIME OBLIGATOIRE

III.3.1. Modalités de fixation

Les modalités de fixation des cotisations répondent aux exigences des textes réglementaires concernant les régimes obligatoires dans l'entreprise :

- cotisation Isolé : concernant le seul salarié,
- cotisation Isolé famille appliquée selon la situation objective du salarié,
- cotisation famille.

Lorsque le régime prévoit une cotisation familiale, la cotisation des ayants droit est gratuite en cas de décès du salarié durant un an.

III.3.2. Modalités de règlement des cotisations

Les cotisations sont payables à la date indiquée au bulletin d'adhésion.

a) Précompte de la cotisation

La cotisation est précomptée par l'entreprise.

Chacun des paiements doit être accompagné d'une déclaration mentionnant le nombre de salariés concernés.

La cotisation est due à compter du début du mois d'entrée dans la catégorie assurée pour tout salarié nouvellement inscrit.

La cotisation est due jusqu'à la fin du mois pour tout salarié radié.

L'entreprise est responsable du paiement des cotisations, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle.

b) Incidence du non-paiement des cotisations précomptées

Lorsque l'entreprise assure le précompte de la cotisation, le défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, entraîne la suspension de la garantie trente jours après la mise en demeure de l'entreprise.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le salarié est informé simultanément qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'entreprise souscriptrice est susceptible d'entraîner la suspension des garanties et la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer à son employeur pour le paiement des cotisations.

A défaut la mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours précité.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. En tout état de cause, la cotisation annuelle est entièrement due.

La mutuelle peut appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

IV. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX REGIMES ET OPTIONS FACULTATIFS

IV.1. OBJET

Les options facultatives sont de deux ordres :

- le salarié peut affilier, à titre facultatif, les ayants droit qu'il définit, à une garantie identique à celle dont il bénéficie à titre obligatoire,
- le salarié peut améliorer sa garantie de base (obligatoire ou facultative), par des renforts de prestations supplémentaires facultatives, pour lui-même et ses ayants droit.

Ces options viennent en complément de l'adhésion de l'entreprise au règlement des garanties de base qu'elles complètent éventuellement.

IV.2. RÉSILIATION

L'option facultative est automatiquement résiliée en cas de résiliation de la garantie de base.

IV.3. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

L'entreprise remet un bulletin d'adhésion au salarié ainsi que la notice d'information établie par la mutuelle.

L'entreprise l'informe des modifications de prestations ou de cotisations décidées par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration lorsque celui-ci en aura reçu délégation par l'Assemblée Générale.

IV.4. OBLIGATIONS DU SALARIÉ

Le salarié signe le bulletin d'adhésion à la garantie facultative choisie et y inscrit les éventuels bénéficiaires de la garantie.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement et de son annexe.

IV.5. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent à la date d'effet prévue au bulletin d'adhésion rempli par le salarié. Celle-ci peut prendre effet, soit au jour de la signature du bulletin de demande d'adhésion, la cotisation du mois entier étant due, soit au 1er du mois suivant.

L'adhésion d'un enfant nouveau-né ou nouvellement adopté, inscrit dans les trois mois de sa naissance ou de son adoption, rétroagit au jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant lorsque l'un de ses parents est déjà membre participant, et à condition qu'il acquitte, le cas échéant, la cotisation correspondante. A défaut, l'adhésion de l'enfant se fera à la même date d'effet que celle du membre participant.

IV.6. COTISATIONS

IV.6.1. Modalités des cotisations

La cotisation peut être exprimée selon les modalités suivantes :

- cotisation adulte,
- cotisation enfant,
- cotisation familiale lorsque les ayants droit du salarié sont affiliés à titre obligatoire,
- cotisation par tranche d'âge, pour les régimes à adhésion facultative.

La cotisation peut comprendre une part prise en charge par l'employeur. S'agissant d'un régime facultatif, cette cotisation ne bénéficie d'aucun avantage fiscal et social.

IV.6.2. Les gratuités

En cas de décès du salarié ou de son conjoint âgé de moins de 65 ans et adhérent depuis plus de trois mois, les membres bénéficiaires bénéficient de la gratuité des cotisations durant 12 mois.

IV.6.3. Les réductions de cotisations

La cotisation de l'enfant nouveau-né ou nouvellement adopté (si l'enfant est mineur) se voit appliquer un taux de réduction de 50% durant un an s'il est inscrit, en tant qu'ayant droit un membre participant, dans les deux mois suivant sa naissance ou son adoption. Cette réduction ne peut s'appliquer que dans les cas où la cotisation de l'enfant est isolée (cotisation enfant, cotisation en fonction de la composition familiale, cotisation familiale lorsqu'il est le premier né ou adopté).

IV.6.4. Modalités de paiement

Les modalités de paiement sont définies au bulletin d'adhésion selon l'une des formules suivantes :

- au mois d'avance, cotisation prélevée sur le compte du salarié qui transmet à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
- cotisation précomptée par l'employeur selon les mêmes échéances que les cotisations obligatoires.

IV.6.5. Incidence du non paiement de la cotisation

a) Non paiement de la cotisation lorsque la cotisation est précomptée par l'employeur

Les dispositions de l'art III 3 2 b s'appliquent.

b) En cas de prélèvement sur le compte du salarié

Le membre participant qui ne paie pas la cotisation de l'option facultative dans les dix jours de son échéance peut se voir (ou ses bénéficiaires) exclu de la garantie facultative et/ou l'option facultative. L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre doit être envoyée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties de l'option facultative définies au contrat.

La cotisation annuelle reste due. La mutuelle pourra poursuivre en justice l'encaissement de la cotisation.

La mutuelle peut appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

c) Non paiement de sa cotisation par l'employeur

A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'entreprise qui ne paie pas sa part de cotisation à l'échéance.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la personne morale, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant (salarié) est informé simultanément qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'entreprise est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de mettre fin à la garantie dix jours après le délai de trente jours précité.

La garantie non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

La mutuelle peut appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

IV.7. RÉSILIATION

L'option facultative est automatiquement résiliée en cas de résiliation de la garantie de base réglementaire ou contractuelle (obligatoire ou facultative).

IV.7.1. Résiliation à l'initiative du membre participant

L'adhésion du salarié et des membres bénéficiaires (ayants droit du salarié) prend fin en cas de demande de résiliation de ce dernier, signifiée à la mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile. Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année.

Cependant, en cas de modification des droits et obligations des membres participants par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration lorsqu'il en a reçu délégation, le membre participant (salarié) peut mettre fin à son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par l'entreprise de la notice comportant les modifications. Dans ce cas, la demande de résiliation du membre participant ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

IV.7.2. Résiliation à l'initiative de la mutuelle

La mutuelle peut également mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier (ou de son employeur) à la suite de la procédure prévue à l'article IV 5 3.

IV.7.3. Résiliation à l'initiative de l'entreprise souscriptrice

La garantie de base ou l'option facultative prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux de l'entreprise adhérente, si elle est signifiée à la mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

IV.8. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation par le membre participant dans les conditions prévues au présent règlement,

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente. Toutefois, dans ce cas, le membre participant peut demander à la mutuelle de devenir membre participant à titre individuel,
- la perte de la qualité de salarié du membre participant entraîne de facto la résiliation de la garantie facultative,
- à la date d'effet de la résiliation par la mutuelle en cas de non paiement des cotisations.

V. MODALITES SPECIFIQUES DE L'OPTION FACULTATIVE Renfort Pro

V.1 DÉFINITION

Cette option est accessible au salarié et ses ayants droit lorsque le régime mis en place dans l'entreprise le prévoit. Elle offre des prestations supplémentaires à la garantie de base.

En aucun cas, l'option facultative ne remet en cause le caractère responsable de la garantie de base. De même, son caractère responsable s'apprécie en prenant en compte l'ensemble qu'elle constitue avec la garantie de base, conformément à la doctrine administrative.

V.2 CHOIX DU RENFORT PRO

Le choix du Renfort Pro est effectué par le membre participant (salarié) lors de la signature du bulletin d'adhésion. Le Renfort Pro doit être souscrit par tous les membres de la famille couverts par la garantie de base. Le choix du Renfort Pro doit être identique pour tous.

En cas de modification du choix du Renfort Pro, l'ancienneté acquise est maintenue.

V.3 DURÉE MINIMALE D'ADHÉSION AVANT MODIFICATION

La durée minimale d'adhésion est de un an dans la garantie Renfort Pro choisie. Le changement d'option ou la résiliation ne pourront intervenir qu'à l'issue de cette durée au 31 décembre de l'année, **moyennant respect d'un préavis de deux mois.**

V.4 LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ASSOCIÉES AUX RENFORTS PRO

Ces prestations ne sont pas directement garanties par la mutuelle. L'annexe au règlement précise l'organisme assisteur.

V.5 MODALITÉS DE PAIEMENT DE CERTAINES PRESTATIONS

Les pièces justificatives suivantes devront être présentées :

- extrait ou bulletin de naissance de l'enfant ouvrant droit à la prime de naissance,
- photocopie du jugement prononçant l'adoption de l'enfant ouvrant droit à la prime d'adoption.

Cette annexe fait partie intégrante du règlement mutualiste, elle a été validée par l'Assemblée Générale du 31 Mai 2010 et applicable de suite.



226, cours de la Libération
38069 GRENoble CEDEX 2
Tél : 04 76 33 93 93 - Fax : 04 76 33 93 99

