

**RÈGLEMENT DES GARANTIES
FRAIS DE SANTÉ
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES
DÉCÈS
ADHÉSION INDIVIDUELLE**

ratifiés par l'assemblée générale du 5 septembre 2009

LANDES MUTUALITE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité

Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le N°782 099 196

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Section 1 : Objet et garanties

Article 1 : Objet	page 5
Article 2 : Garanties	page 5
Article 3 : Définitions	page 5

Section 2 : Adhésion

Article 4 : Adhésion et modalités	page 6
Article 4.1 : Adhésion	page 6
Article 4.2 : Ouverture des droits	page 7
Article 5 : Effet – Durée de l'adhésion	page 7
Article 6 : Incidence à l'âge de l'adhésion	page 8

Section 3 : Ouverture, modification et cessation des garanties

Article 7 : Entrée en vigueur des garanties	page 8
Article 8 : Changement d'option des garanties frais de santé part le membre participant	page 8
Article 9 : Modification des garanties indemnités journalières part le membre participant	page 9
Article 10 : Modification des garanties « décès » par le membre participant	page 9
Article 11 : Modification des garanties à l'initiative de la mutuelle	page 9
Article 12 : Cessation des garanties	page 9

Section 4 : Résiliation

Article 13 : Résiliation à l'initiative du membre participant	page 10
Article 13.1 : Faculté de résiliation annuelle	page 10
Article 13.2 : Faculté de résiliation exceptionnelle	page 10
Article 14 : Résiliation à l'initiative de la mutuelle	page 10
Article 14.1 : Faculté de résiliation	page 10
Article 14.2 : Exclusion des membres participants	page 10

Section 5 : Prescription - Subrogation

Article 15 : Prescription	page 11
Article 16 : Subrogation	page 11

TITRE II : COTISATIONS

Article 17 : Fixation et évolution des cotisations	page 11
--	---------

Section 1 : Mode de calcul des cotisations

Article 18 : Principes généraux	page 11
Article 19 : Bénéficiaire du crédit d'impôt	page 12
Article 19.1 : Conditions pour bénéficier du crédit d'impôt	page 12
Article 19.2 : Montant de la réduction	page 12
Article 19.3 : Durée de la réduction	page 12

Section 2 : Paiement des cotisations

Article 20 : Règlement des cotisations	page 13
Article 21 : Non paiement des cotisations	page 14
Article 22 : Exonération de la cotisation	page 14

TITRE III : GARANTIES FRAIS DE SANTE

Section 1 : Définitions

Article 23 : Définition des garanties	page 14
Article 24 : Définition des bénéficiaires	page 15

Section 2 : Prestations

Article 25 : Soins en milieu hospitaliers	page 15
Article 26 : Médecine de ville	page 15
Article 27 : Parcours de soins	page 16
Article 28 : Liquidation des prestations	page 16
Article 28.1 : Liquidation au profit du bénéficiaire	page 17
Article 28.2 : Tiers payant	page 17
Article 28.3 : Remboursement des prestations optiques et dentaires	page 17
Article 29 : Modalités de paiement	page 17
Article 30 : Limite des remboursements	page 18
Article 31 : Évolution de l'assurance maladie	page 18

TITRE IV : GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES

Section 1 : Définitions

Article 32 : Définition de la garantie	page 18
Article 33 : Définition du bénéficiaire	page 19

Section 2 : Prestations

Article 34 : Délai de franchise	page 19
Article 35 : Montant de la prestation	page 19
Article 36 : Date et durée du versement	page 19
Article 37 : Cessation de la garantie	page 19

TITRE V : GARANTIE DECES

Section 1 : Définitions

Article 38 : Définition de la garantie	page 19
Article 39 : Définition du bénéficiaire	page 20

Section 2 : Prestations

Article 40 : Montant de la prestation	page 20
Article 41 : Modalités de règlement des prestations	page 20
Article 42 : Exclusions	page 20

TITRE VI : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 44 : Contrôle	page 21
Article 45 : Forclusion – Remboursements exclus en frais de santé	page 21
Article 45.1 : Forclusion	page 21
Article 45.2 : Remboursements exclus	page 21
Article 46 : Fausses déclarations	page 22
Article 46.1 : fausses déclarations intentionnelles	page 22
Article 46.2: Fausses déclarations non intentionnelles	page 22
Article 47 : Usage frauduleux des tableaux de garanties	page 22
Article 48 : Informatique et libertés	page 23
Article 49 : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles	page 23
Article 50 : Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance	page 23
Article 51 : Droit de renonciation en cas d'adhésion à domicile	page 24

TITRE I

DISPOSITION GENERALES

Section 1 : Objet et garanties

Article 1 : Objet

Le présent règlement est établi par LANDES MUTUALITE, conformément au code de la mutualité et à l'article 7 des statuts.

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la mutuelle propose des garanties d'assurance (frais de santé, indemnités journalières, capitaux décès et frais d'obsèques) au profit de ses membres participants, dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L. 112-1 du code de la mutualité.

La mutuelle, pour la garantie « frais de santé », ne peut instituer en faveur de ses membres participants aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié par le revenu, la durée d'appartenance à la mutuelle, le régime de Sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres participants.

S'agissant des prestations, la mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Pour ces opérations, la mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

Ces garanties peuvent également être proposées par la mutuelle, sur la base d'une convention d'assurance collective à adhésion obligatoire en application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité.

La mutuelle met également en œuvre une action sociale, financée par son fonds social tel que définit aux articles 3 et 64 à 68 des statuts.

Dans l'hypothèse où Landes Mutualité substitue une mutuelle, cette dernière continue de proposer ses propres garanties mais les engagements sont portés par Landes Mutualité. La mutuelle substituée a toutefois la possibilité de proposer et d'adhérer à une des gammes de Landes Mutualité dans les mêmes conditions que citées précédemment.

Article 2 : Garanties

Les garanties proposées par la mutuelle et objet du présent règlement, sont des garanties relatives :

- au remboursement de frais de santé (Titre III),
- au paiement des indemnités journalières, de capitaux décès, de frais d'obsèques (Titres IV et V)

Le présent règlement, relatif à la garantie frais de santé, a la qualité de contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursements suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Article 3 : Définitions

- Contrat responsable : Landes Mutualité s'est engagée aux côtés de la sécurité sociale afin de contribuer à la responsabilisation des membres participants en vue de pallier le déficit de la sécurité sociale et de développer des actions de prévention. Pour ce faire, Landes Mutualité ne rembourse pas la participation forfaitaire ni la franchise médicale relative aux médicaments, aux actes effectués par auxiliaire médicale et aux transports respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et conformément au décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007. Il en est de même pour certains

dépassements d'honoraires. En revanche elle prend à sa charge notamment le ticket modérateur sur les consultations d'un généraliste conventionné (secteur 1). En tout état de cause le tableau des garanties et des prestations remis au membre participant explicite l'ensemble du dispositif.

- Parcours de soins : le membre participant désigne un médecin traitant qui a la charge de la coordination et du suivi des soins de son patient.
- Membre participant : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. C'est la personne qui est exposée aux événements garantis par le présent règlement. Le membre participant possède un droit de vote dans la section à laquelle il est rattaché.
- Ayant droit : la personne bénéficiant des prestations du règlement à la demande du membre participant.
- Délai de stage : c'est la période s'écoulant à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une prestation garantie, période au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas indemnisé.
- Plafond garanti : le montant maximum de prestation pouvant être perçu par un bénéficiaire (membre participant ou ses ayants droit) par année civile et tel que mentionné aux tableaux des garanties.
- Ticket modérateur : part financière qui reste à la charge du membre participant après le remboursement de l'assurance maladie. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La part du ticket modérateur prise en charge par la mutuelle est définie dans les tableaux de garanties.
- Tiers payant : situation où le membre participant est dispensé de faire l'avance des frais correspondants au montant de la prise en charge de la mutuelle. Les frais sont directement payés par la mutuelle au professionnel de santé ou à l'établissement de soins.

Section 2 : Adhésion

Article 4 : Adhésion et Modalités

Article 4.1 : Adhésion

Les membres participants peuvent faire bénéficier des prestations et services de la mutuelle à leurs ayants droit tels que définis à l'article 7 des statuts.

L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. Dans l'hypothèse où Landes Mutualité viendrait en substitution d'une autre mutuelle, le bulletin d'adhésion porterait les mentions prévues à l'article R.211-27 du code de la mutualité.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définies par le présent règlement.

Figurent notamment dans le bulletin d'adhésion :

- Nom et prénoms
- Situation de famille
- Age
- Adresse complète
- Activité professionnelle
- Régime obligatoire de sécurité sociale
- Liste des bénéficiaires accompagnée des documents attestant de leur situation
- Choix de la garantie par membre participant
- Périodicité choisie pour le paiement des cotisations
- Mode de paiement des cotisations
- Le revenu

Doivent être fournis également sur simple demande de la mutuelle :

- L'attestation de droit du régime obligatoire de sécurité sociale
- Une attestation d'attribution de la couverture maladie universelle (CMU)

- Un certificat de radiation
- Tout justificatif concernant la situation du membre participant.

Toute modification en cours d'adhésion de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, telle que figurant sur le bulletin d'adhésion, doit être immédiatement signalée à la mutuelle.

Dans le cadre des garanties « indemnités journalières » et « décès », le membre participant, complète et signe une « déclaration de bonne santé » dans laquelle, il déclare:

- ne pas être en incapacité de travail
- ne pas être atteint à sa connaissance, d'une infirmité, d'une affection ou d'une maladie de quelque nature que ce soit;
- ne pas avoir subi de test de dépistage des sérologies d'hépatite B ou C, HIV 1 et 2 qui se soit révélé positif;
- ne pas avoir suivi ou suivre de traitement, ne pas avoir été hospitalisé, ne pas avoir subi d'intervention chirurgicale (à l'exclusion de l'ablation des végétations, des amygdales, de l'appendice ou des dents de sagesse, d'un accouchement, d'une césarienne ou d'une hernie) durant les dix dernières années et ne pas devoir, à sa connaissance, en subir une prochainement;
- Ne pas avoir été en état d'incapacité de travail totale ou partielle et/ou ne pas avoir eu, au cours des cinq dernières années, d'arrêt de travail ou de traitement supérieur à trois semaines;
- Ne pas exercer d'activité(s) professionnelle(s), activité(s) sportive(s) ou loisir(s) considéré(s) comme dangereux.
- Reconnaître l'exactitude des renseignements donnés et être informé que toute déclaration inexacte ou omission peut entraîner la nullité de l'adhésion à la garantie.

En tout état de cause la déclaration de bonne santé sera remplie par l'intéressé ou par son médecin traitant, et adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle.

Article 4.2 : Ouverture des droits

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses membres participants des documents (carte ou tout autre pièce) permettant l'ouverture des droits à prestations.

Le membre participant ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations. Dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

En cas de radiation en cours d'année, le membre participant est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qu'ils lui ont été délivrés.

Le bulletin d'adhésion doit être dûment complété. Après paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation, les droits du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit sont ouverts.

Article 5 : Effet – Durée de l'adhésion

- L'adhésion prend effet, sauf date d'effet expressément prévue, le premier jour du mois en cours ou le premier jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion, signé par le membre participant, selon le choix préférentiel de celui-ci.

Sous réserve de :

- l'encaissement du premier chèque de cotisations ou du paiement de la première échéance dans le cas d'un paiement par prélèvement bancaire ;
- l'application d'un délai de stage tel que précisé dans l'article 7 du présent règlement
- L'adhésion aux garanties « frais de santé » est viagère. Le paiement de la cotisation est annuel. L'adhésion peut être résiliée dans les cas et conditions visées aux articles 13 et 14 du présent règlement.
- L'adhésion est annuelle pour la garantie indemnités journalières et les garanties décès.
- L'adhésion peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 12 du présent règlement.

Il est précisé que pour la garantie en cas de décès, le bulletin d'adhésion cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au membre participant ou au souscripteur du contrat.

Par ailleurs, si le bénéficiaire a tenté de donner la mort à l'adhérent ayant versé ses cotisations, celui-ci a le droit de révoquer l'attribution du bénéfice de la garantie décès, même si le bénéficiaire avait déjà accepté la stipulation faite à son profit.

Article 6 : Incidence à l'âge de l'adhésion

Toute personne âgée de plus de 70 ans, qui adhère à la mutuelle pour se garantir contre le risque maladie et/ou hospitalisation, paie le cas échéant, une cotisation établie et majorée en fonction de son âge, pour la durée viagère de son adhésion et ce, pour répondre à un principe de solidarité.

Section 3 : Ouverture, modification et cessation des garanties

Article 7 : Entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Toutefois, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des délais de stage dans les conditions définies ci-dessous. Les garanties ne s'appliquent alors qu'à partir de l'expiration des délais de stage :

- trois mois pour toutes les prestations,
- six mois pour les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie,
- dix mois pour les frais maternité.

Sont dispensés de stage :

- Les membres participants qui peuvent justifier avoir été couverts par des garanties considérées comme équivalentes par la mutuelle, dans les deux mois précédant leur adhésion à la mutuelle ;
- Le nouveau-né de parents membres participants ayant terminé la période de stage, dont l'inscription à la mutuelle est demandée dans l'année suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'effet étant fixée sur présentation de la pièce officielle ;
- Les personnes qui adhèrent à distance par Internet ou qui demandent leur adhésion dans le cadre d'actions spécifiques.

Dans tous les cas de dispense de stage, seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits postérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Article 8 : Changement d'option des garanties « frais santé » par le membre participant

- *Augmentation du niveau de garanties*

Le membre participant peut demander l'augmentation du niveau de garanties.

Son acceptation par la mutuelle est soumise, pour le différentiel de prestations, à l'accomplissement d'éventuels délais de stage tels que prévus à l'article 7 ci-dessus et à l'application de plafonds garantis. Pendant ce délai, le membre participant bénéficie toujours des prestations correspondant à l'ancienne option.

Au-delà de l'âge de 70 ans, un membre participant qui demande à augmenter ses garanties sera soumis aux mêmes règles que celles prévues dans l'article 6 du présent règlement.

La modification ne peut être prise en compte qu'à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande.

- *Diminution du niveau de garanties*

Le membre participant peut demander la diminution du niveau de garanties à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de son adhésion dans la garantie précédente.

Toutefois, il peut être dérogé à cette disposition quand le membre participant établit que des circonstances particulières, notamment économiques, lui imposent de procéder à cette réduction ou lorsqu'une garantie inclut des dispositions spécifiques.

Le retour à un niveau supérieur ne peut s'effectuer qu'après un délai de douze mois. A compter de la nouvelle prise d'effet de l'option choisie, les délais de stage contractuels s'appliquent.

La modification ne peut être prise en compte qu'à partir du premier jour du mois suivant la date de la demande.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Article 9 : Modification des garanties « indemnités journalières » par le membre participant

- *Augmentation du niveau de garanties*

Le membre participant peut demander l'augmentation du niveau de garanties.

La nouvelle garantie prend effet à l'issue d'un délai de stage de 90 jours à compter de la demande.

- *Diminution du niveau de garanties*

Le membre participant peut demander la diminution du niveau de garantie à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de son adhésion dans la garantie précédente.

Toutefois, il peut être dérogé à cette disposition quand le membre participant établit que des circonstances particulières, notamment économiques, lui impose de procéder à cette réduction.

Le retour à un niveau supérieur ne peut s'effectuer qu'après un délai de douze mois. A compter de la nouvelle prise d'effet de l'option choisie, les délais de stage contractuels s'appliquent.

La modification ne peut être prise en compte qu'à partir du premier jour du mois suivant la date de la demande.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Article 10 : Modification des garanties « décès » par le membre participant

- *Augmentation du niveau de garanties*

Le membre participant peut demander à augmenter le montant du capital décès en choisissant un nouveau montant de garantie, tel qu'indiqué dans le bulletin d'adhésion. La demande prend effet au premier jour du mois suivant la demande.

- *Diminution du niveau de garanties*

Le membre participant peut demander à diminuer le montant du capital garanti, tel qu'indiqué dans le bulletin d'adhésion. La diminution prend effet à compter du premier jour du mois suivant la demande.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion et, le cas échéant, à une nouvelle désignation des bénéficiaires en cas de décès.

Article 11 : Modification des garanties à l'initiative de la mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Conformément à l'article L114-9 dernier alinéa du code de la mutualité, la mutuelle prend en toute circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles.

Article 12 : Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ;

- en cas de non paiement de la cotisation ;
- en cas de décès du membre participant.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion au décès du membre participant. Dans ce cas, la radiation pour les autres garanties intervient au premier jour du mois suivant la date du décès, les cotisations étant dues jusqu'à cette date.

Toutefois, le conjoint peut demander à bénéficier des garanties sans délai de stage, à la condition d'en faire la demande dans un délai de six mois et d'adhérer à la mutuelle en signant un nouveau bulletin d'adhésion.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion (article 11.3 des statuts), sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Section 4 : Résiliation

Article 13 : Résiliation à l'initiative du membre participant

Article 13.1 : Faculté de résiliation annuelle

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

La démission, impliquant la radiation du membre participant entraîne, celle de ses ayants droit tels que définis à l'article 12 des statuts sauf demande particulière dûment formulée.

La démission est adressée sous pli recommandé à la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit le 31 octobre de l'année en cours. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

L'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

Article 13.2 : Faculté de résiliation exceptionnelle

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si un membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite. Cette résiliation entraînera la radiation du membre participant. Le cas échéant, le trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle.

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification (article L.221-17 du code de la mutualité).

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Article 14 : Résiliation à l'initiative de la mutuelle

Article 14.1 : Faculté de résiliation

Conformément à l'article L. 221-17 du code de la mutualité, et s'agissant de la faculté de résiliation exceptionnelle, la mutuelle peut mettre fin à l'adhésion d'un membre participant à la garantie « frais de santé », dans les cas et conditions visées, à l'article 13.2 du présent règlement.

S'agissant de la garantie indemnités journalières et des garanties décès, la mutuelle peut résilier l'adhésion par lettre recommandée, en respectant un préavis de deux mois à compter de la date d'échéance de l'adhésion.

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 23 du présent règlement.

Article 14.2 : Exclusion des membres participants

Peuvent être exclus les membres participants qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité.

L'exclusion d'un membre participant entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la décision d'exclusion.

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L 221-17 du code de la mutualité.

Section 5 : Prescription – Subrogation

Article 15 : Prescription

- Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court qu'en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- *Pour la garantie décès, la prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant.*

Article 16 : Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, lesquelles constituent une avance sur indemnités de la part de la mutuelle, cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à la mutuelle tout accident dont ils sont victimes.

TITRE II COTISATIONS

Article 17 : Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de l'assemblée générale.

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Section 1 : Mode de calcul des cotisations

Article 18 : Principes généraux

Les cotisations sont déterminées en fonction d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros et indiquées sur le bulletin d'adhésion.

Elles sont fonction de l'âge à l'adhésion et peuvent évoluer par la suite régulièrement en fonction de cet âge.

Elles peuvent être familiales ou individuelles, selon les options retenues lors de l'adhésion.

Elles peuvent varier en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence, ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

Elles intègrent le prélèvement lié à la couverture maladie universelle (CMU) et les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.

Article 19: Bénéficiaires du crédit d'impôt

Certains membres participants de la mutuelle peuvent bénéficier d'un « crédit d'impôt », au sens de l'article L 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Ce « crédit d'impôt » consiste en une réduction que peut accorder la mutuelle sur le tarif annuel des cotisations normalement applicable à ce membre participant. Il ne s'applique que sur la garantie « frais de santé ».

Article 19.1 : Conditions pour bénéficier du crédit d'impôt

Les conditions pour bénéficier de cette réduction sont les suivantes :

- résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière;
- que le contrat souscrit ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (fixée à 1 euro au 1^{er} janvier 2005) ;
- Avoir des ressources, comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 15 % ;
- Adhérer à un contrat qui respecte le cahier des charges des contrats « responsables » à compter du 1^{er} janvier 2006.

La caisse d'assurance maladie remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit à réduction. Sur présentation de cette attestation à la mutuelle, l'intéressé peut bénéficier de la réduction.

Article 19.2 : Montant de la réduction

Le montant de la réduction au titre du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer (au sens de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale), couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 200 euros par personne âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, de 100 euros par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et de 400 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Article 19.3 : Durée de la réduction

Le droit à réduction est ouvert pour un an à compter du premier jour du mois qui suit l'adhésion à la mutuelle.

Toutefois, si à la date de remise de l'attestation, le membre participant est déjà assuré par la mutuelle, pour une garantie « frais de santé », le droit à réduction prend effet à cette date.

La mutuelle délivre au membre participant une attestation de la date d'effet du droit à réduction d'impôt. Le membre participant bénéficie à compter de cette date et pour la même durée du crédit d'impôt.

En cas de suspension par la mutuelle du versement des prestations prévues au règlement des garanties, notamment en cas de non-paiement à l'échéance par le membre participant de la prime ou de la cotisation, le bénéfice du crédit d'impôt est suspendu.

Si l'adhésion prend fin au cours de la période d'un an, il est mis un terme au droit à réduction. La mutuelle remet alors au membre participant une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par la réduction d'impôt et précisant la date à laquelle l'adhésion a pris fin. Le membre participant fournit cette attestation à l'appui de sa nouvelle demande de droit à réduction.

Lorsque le droit à réduction s'exerce dans le cadre de plusieurs adhésions souscrites par des personnes différentes d'un même foyer:

- 1°/ La demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance du droit à réduction ;
- 2°/ Une appréciation anticipée des ressources ne peut être demandée que si tous ces adhésions ont pris fin ;
- 3°/ Si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son adhésion, sans que tous les autres adhésions aient pris fin et alors que la période du droit à réduction n'est pas expirée, la mutuelle lui remet, à sa demande, l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 du code de la sécurité sociale et une attestation indiquant la durée pendant laquelle elle a exercé son droit à réduction. L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme auprès duquel il adhère à nouveau.

En cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à réduction, l'enfant donne droit, pour la période de droit restant à courir, à la réduction prévue par cet article pour le membre participant.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction et du crédit d'impôt est interrompu.

Section 2 : Paiement des cotisations

Article 20 : Règlement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel. Il intervient selon des modalités définies au bulletin d'adhésion. Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être mensuelle, trimestrielle ou semestrielle.

Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois, ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvements automatiques.

Le membre participant choisit son mode de paiement à l'adhésion. Il peut en changer sur demande écrite de sa part auprès de la mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle.

➤ Si choix du prélèvement automatique

Le membre participant devra transmettre à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne. Le membre participant indique dans le bulletin d'adhésion le jour d'échéance auquel la mutuelle prélèvera la part de cotisation entre le premier et le quinze du mois.

En cas de premier rejet d'un prélèvement, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, le prélèvement rejeté sera représenté avec le prélèvement du mois qui suit.

En cas d'incidents de paiement répétés (deux rejets consécutifs de prélèvements), la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de prélèvement pour notamment le motif suivant « compte insuffisamment provisionné », il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

➤ ***Si choix du paiement par chèque***

Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à la mutuelle à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion.

En cas de premier rejet de chèque, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de chèque pour notamment le motif suivant « compte insuffisamment approvisionné », il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

➤ ***Si choix du paiement par carte bancaire***

Le paiement de la cotisation par carte bancaire doit parvenir à la mutuelle à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion.

En cas de premier rejet de carte bancaire, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de carte bancaire pour notamment le motif suivant « compte insuffisamment approvisionné », il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

➤ ***Si choix du paiement en espèces***

Le paiement en espèces n'est autorisé que dans la limite de 762,25 Euros et, sous réserve qu'il corresponde exactement à la somme due, au centime près.

Article 21 : Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente 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 les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi le lendemain du jour où a été payée à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la mutuelle pourra exiger, le cas échéant, le remboursement des prestations, versées après la résiliation des garanties pour non paiement des cotisations.

Article 22 : Exonération de la cotisation

Sont exonérés de la cotisation:

- ↳ les enfants à partir du troisième, lorsqu'ils sont tous à charge et ce, jusqu'à ce qu'ils perdent cette qualité.
- ↳ en cas de décès du membre participant ou de son conjoint, âgés de moins de 61 ans au moment du décès, le membre participant et/ou le conjoint bénéficient de la gratuité de leur cotisation pendant une durée d'un an à compter du premier jour du mois suivant celui du décès.

L'âge pris en compte est l'âge légal au jour du décès.

TITRE III

GARANTIES FRAIS DE SANTE

Section 1: Définition

Article 23 : Définition des garanties

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

Il peut également s'agir des prestations en espèces ou des prestations supplémentaires à celles versées par la sécurité sociale. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.

Il peut également s'agir de prestations en inclusion aux garanties dont le montant forfaitaire est défini au bulletin d'adhésion du membre honoraire et indiqué au bulletin d'affiliation du membre participant.

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des prestations (article 4.2 du présent règlement).

Article 24 : Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties sont définis dans le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques :

- le membre participant ;
- le ou les ayants droit

Les ayants droit du membre participant sont :

- le conjoint légitime, le concubin, la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du Pacte Civil de Solidarité (PACS);
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne avec lequel il est pacsé, tels qu'ils sont définis aux articles L313-3 – R313-12 et aux six derniers alinéas de l'article R313-14 du code de la sécurité sociale.

Section 2 : Prestations

Article 25 : Soins en milieu hospitalier

La mutuelle prend en charge les soins ou frais suivants, sous réserve des conditions d'application des garanties:

- frais de séjour
- forfait journalier

- chambre particulière
- honoraires et soins
- frais d'accompagnant
- frais de transport
- télévision

La mutuelle prend en charge sur la base du tarif applicable à l'établissement dans lequel séjourne le bénéficiaire, ses frais de séjour sous déduction d'une participation aux frais par le régime obligatoire.

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable si le bénéficiaire, ayant la chambre particulière dans sa garantie, ne peut en bénéficier par manque de place disponible dans l'établissement qu'il aura choisi.

Les frais d'accompagnant concernent exclusivement les frais occasionnés par l'hospitalisation d'un bénéficiaire et sous réserve qu'ils relèvent des dépenses facturées par l'établissement de soins et soient de la stricte consommation personnelle de l'accompagnant.

Les droits et obligations réciproques sont définis par les règlements particuliers des différentes garanties proposées.

Article 26 : Médecine de ville

La mutuelle prend en charge les soins ou frais suivants, sous réserve des conditions d'application des garanties :

- honoraires médicaux
- soins des auxiliaires médicaux
- pharmacie
- analyses médicales
- soins et prothèses dentaires, orthodontie
- appareillage orthopédique et autres prothèses
- optique médicale
- acoustique
- cures thermales (soins, forfaits cure)
- etc.

Les soins de remise en forme suite à maternité sont réglés uniquement si:

- ils sont réalisés dans les six mois qui suivent l'accouchement
et
- l'enfant est inscrit en tant qu'ayant droit du membre participant

Les droits et obligations réciproques sont définis par les règlements particuliers des différentes garanties proposées.

Article 27 : Parcours de soins

La déclaration d'un médecin traitant n'est pas obligatoire, mais permet un meilleur remboursement.

Le membre participant entre dans le parcours de soins en ayant déclaré un « médecin traitant » à la sécurité sociale, sur un formulaire fourni par les caisses.

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié en cas de problème de santé; il peut diriger le membre participant vers, par exemple, le dermatologue s'il le juge nécessaire : c'est la « coordination des soins ».

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par ce « parcours » et peuvent consulter sans restriction tous les spécialistes nécessaires.

Article 28 : Liquidation des prestations

Les prestations sont calculées sur la base de remboursement établie en fonction de la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires, tels qu'indiqués dans les tableaux de garanties joints au présent règlement, déduction faite du remboursement des régimes obligatoires et exclusivement pour les soins pris en charge par ceux-ci.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent règlement.

Les prestations sont payées si la date des soins se situe pendant la période d'ouverture des droits. Les droits aux prestations sont ouverts dès la fin de la période de stage définie à l'article 7 sous réserve du paiement des cotisations appelées.

En cas de radiation, les droits aux prestations sont clos à compter de la date d'effet de la radiation.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoires français, et qui figurent dans la nomenclature des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Pour ce faire, le membre participant adresse à la sécurité sociale les pièces nécessaires au remboursement de telle sorte que la mutuelle puisse intervenir sur la base de la nomenclature des actes médicaux permettant à la mutuelle d'effectuer, le cas échéant, le remboursement des prestations complémentaires.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Tout dépassement de tarif devra être justifié.

Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant dans les tableaux de garantie joints au présent règlement.

La mutuelle peut intervenir sur des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires. Dans ce cas, elle prend en charge tout ou partie de la dépense telle que décrit dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.

Article 28.1 : Liquidation au profit du bénéficiaire

Le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire ou postal sur le compte du membre participant ou de ses ayants droit :

- soit sur présentation des pièces justificatives originales suivantes :

- les décomptes originaux délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens ;

- 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 originaux pourront être exigés :

- pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité ;
- pour les actes refusés, mais codifiés par le régime obligatoire ;
- pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire (prothèses dentaires, par exemple).

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 28.2: 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.

Dans ce cas, le montant dû est directement payé aux établissements hospitaliers ou aux 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.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

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 ou auprès de la mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

Article 28.3: Remboursement des prestations optiques et dentaires

Dans le cadre des prestations optiques et dentaires, outre les remboursements prévus par les tableaux de garanties, la mutuelle gère un référentiel de prix.

Le respect de ce référentiel de prix augmenté de 10% est une condition nécessaire à la pratique du tiers payant pour le professionnel de santé concerné.

Article 29 : Modalités de paiement

Les prestations dues au titre de la garantie santé sont versées soit au bénéficiaire s'il a fait l'avance des frais, soit au professionnel de santé ou à l'établissement de soins si le bénéficiaire a été dispensé de l'avance des frais.

L'adhérent qui percevrait de la part de la mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la mutuelle dans les délais les plus brefs.

Le professionnel de santé qui percevrait de la part de la mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la mutuelle dans les délais les plus brefs.

Article 30 : 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 du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle est tenu d'en faire la déclaration auprès de la mutuelle dans les huit jours du reçu de cette somme. En outre, le bénéficiaire sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses bases de remboursement et des clauses de ses statuts.

Le membre participant s'engage à signaler dans la bulletin d'adhésion s'il est déjà garanti par un autre organisme complémentaire intervenant avant la mutuelle. En cas de perception de prestations d'un autre organisme par le membre participant, la mutuelle intervient alors en complément du régime obligatoire et de celui du premier organisme complémentaire. La mutuelle ne peut indemniser des frais déjà remboursés par le premier organisme.

Article 31 : Évolution de l'assurance maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et produits médicaux, la mutuelle peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

TITRE IV

GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERE

Section 1 : Définitions

Article 32 : Définition de la garantie

La garantie « indemnités journalières » se traduit par le versement de prestations en espèces, complémentaires à celles de la sécurité sociale et ce, en cas d'arrêt de travail du membre participant.

Le membre participant pour bénéficier de la garantie « indemnités journalières » doit exercer une activité professionnelle rémunérée.

En cas d'arrêt de travail pour quelle que cause que se soit, le membre participant devra justifier par une attestation médicale son arrêt de travail et sa durée.

Il devra également justifier de sa perte de revenu:

- soit par la fourniture des trois dernières feuilles de salaire,
- soit par la fourniture du dernier relevé d'imposition au titre des Bénéfices non commerciaux (BNC) et des Bénéfices industriels et commerciaux (BIC).

Le membre participant devra dans tous les cas fournir le relevé de prestations du régime obligatoire justifiant du paiement d'indemnités journalières.

Article 33 : Définition du bénéficiaire

Le bénéficiaire de la garantie peut être le membre participant ou son conjoint si l'adhésion a été effectuée au profit du conjoint.

Section 2: Prestations

Article 34 : Délai de franchise

Un délai de franchise de trois jours s'applique à la garantie. Selon l'option choisie par le membre participant, les prestations peuvent commencer à être versées **à compter du 4^{ème} jour d'arrêt de travail pour cause de maladie hors accident du travail et maladies professionnelles.**

A l'expiration de la période de garantie choisie, une nouvelle période d'indemnisation ne sera ouverte qu'après une reprise du travail de un an.

Article 35 : Montant de la prestation

La prestation est établie selon un barème forfaitaire. Elle est fonction de la perte de revenu du membre participant et multipliée par le nombre de jour d'arrêt de travail. Pour pouvoir bénéficier de la prestation, le membre participant doit fournir un arrêt de travail et tenir informé la mutuelle de sa reprise d'activité. Chaque prolongation de l'arrêt de travail doit faire l'objet d'un justificatif.

Le montant de l'indemnité journalière choisie ne pourra être modifiée qu'à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande. De même, ce montant ne pourra être modifié durant une période d'indemnisation.

Article 36 : Date et durée du versement

Le point de départ de l'adhésion est fixé au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le bulletin d'adhésion a été réceptionné par la mutuelle.

La mutuelle verse les indemnités journalières pendant toute la durée choisie par le membre participant. Ce choix est indiqué sur le bulletin d'adhésion. En toute hypothèse, la durée de versement des indemnités journalières ne peut excéder 1095 jours.

Article 37 : Cessation de la garantie

La garantie cesse dès la reprise d'arrêt de travail par le membre participant ou de celui de son conjoint s'il bénéficie de ladite garantie. Elle cesse également en cas de décès du bénéficiaire.

Elle cesse enfin dès que le bénéficiaire a atteint l'âge de 60 ans.

TITRE V GARANTIES DECES

Section 1 : Définitions

Article 38 : Définition de la garantie

La garantie décès s'exprime sous la forme de deux prestations :

- soit par le versement d'un capital en cas de décès du membre participant au bénéficiaire ;
- soit par le versement d'un capital obsèques versé à la personne désignée par le membre participant pour faire face aux frais d'obsèques dans la limite d'un montant défini au bulletin d'adhésion.

Dans le premier cas, la garantie est une assurance temporaire décès. Les deux garanties peuvent être souscrites simultanément par le membre participant. Toutefois, le membre participant a le choix de n'opter que pour une des deux garanties.

Article 39 : Définition du bénéficiaire

Le bénéficiaire en cas de décès du membre participant est son conjoint (concubin ou PACS), à défaut ses enfants vivants ou représentés par part égale entre eux, à défaut ses ascendants par part égale entre eux, à défaut ses héritiers.

Le bénéficiaire en cas de décès peut également faire l'objet d'une désignation nominative qui sera portée sur le bulletin d'adhésion.

L'acceptation du bénéfice de la garantie décès est soumise aux dispositions de l'article L. 223-11 II du Code de la mutualité.

Section 2: Prestations

Article 40: Montant des prestations

Le montant des prestations en cas de décès ou pour les frais d'obsèques est défini dans le bulletin d'adhésion rempli par le membre participant.

Article 41: Modalités de règlement des prestations

Le montant des prestations ne pourra être versé que sur présentation des pièces justificatives suivantes:

- le certificat de décès;
- un certificat d'hérédité si le bénéficiaire du capital est un descendant;
- une attestation de désistement si plusieurs bénéficiaires du capital ou une attestation de porte fort délivrée par le notaire;

- la photocopie de la carte d'identité, ou du livret de famille du bénéficiaire du capital ou de la personne mandatée (si différent du notaire).

Après le décès du membre participant ou au terme prévu par le contrat ou le bulletin d'adhésion et à compter de la réception des pièces justificatives énumérées ci-dessus, la mutuelle ou l'union verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire de la garantie décès. Au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article 42: Exclusions

Les soins, actes médicaux ou hospitalisations, qu'elle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants:

- **guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté du membre participant ou des ses ayants droit;**
- **actes commis volontairement par le membre participant ou ses ayants droit, mutilation, participation effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf en cas de légitime défense;**
- **accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu ou d'un abus de stupéfiants;**
- **explosion d'un engin ou partie d'un engin atomique;**
- **radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs;**
- **accidents résultants de la participation, du membre participant ou des ses ayants droit, à des paris et de la pratique, à titre professionnel de tout sport.**

Article 43 : Cessation de la garantie

La garantie décès cesse au décès du membre participant ou en cas de non paiement des cotisations.

TITRE VI DISPOSITIONS DIVERSES

Article 44 : 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, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. **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.**

S'agissant de la délivrance des prestations, la mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles, enquêtes qu'elle juge nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. Le membre participant ne peut se soustraire à ces enquêtes sous peine de suspension immédiate des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désignée par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le président du conseil départemental de l'ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Article 45 : Forclusion – Remboursements exclus

Article 45;1: Forclusion

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de six mois à compter :

- **du remboursement de la sécurité sociale**
- **de la date des soins**

Article 45.2: Remboursements exclus pour la garantie « frais de santé »

1. Sont exclus des remboursements accordés par la mutuelle :

- **la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale,**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,**
- **la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale,**
- **les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.**

2. Par ailleurs, sont exclus des remboursements accordés par la mutuelle :

- **les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception des prestations explicitement prévues dans la garantie choisie,**
- **la chirurgie esthétique ne donne pas lieu à prise en charge sauf si elle est consécutive à un accident et avec l'accord préalable du régime obligatoire de l'assurance maladie (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction),**
- **les transports liés aux cures thermales,**
- **les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement,**
- **guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté du membre participant ou de ses ayants droit ;**
- **actes commis volontairement par le membre participant ou ses ayants droit, mutilation, participation effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;**
- **accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu ou d'un abus de stupéfiants ;**
- **explosion d'un engin ou partie d'un engin atomique ;**
- **radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs.**

Les exclusions des remboursements des soins, actes médicaux ou hospitalisations, qu'elle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits énoncés au 2 ci-dessus ne s'appliquent pas aux garanties qualifiées de responsables.

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à prise en charge de la part de la mutuelle. Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des soins.

Les médicaments qui ne sont plus remboursés par l'assurance maladie conformément aux arrêtés du 17 janvier 2006 et du 18 décembre 2006 du Ministère de la Santé ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Article 46: Fausses déclarations

Article 46.1 : Fausses déclarations intentionnelles

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.

Article 46.2 : Fausses déclarations non intentionnelles

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 moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article .47: Usage frauduleux des tableaux de garanties

La mutuelle intervient en complément des remboursements des régimes obligatoires et dans tous les cas dans les limites de remboursements des tableaux de garanties « frais de santé », indemnités journalières et décès existants.

Les remboursements se font sur la base des codifications d'actes prévus par les régimes obligatoires, définis par les statuts et règlements des garanties « frais de santé », indemnités journalières et décès de la mutuelle, dans la stricte application des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Toute utilisation frauduleuse des tableaux de garanties « frais de santé », indemnités journalières et décès, à l'initiative d'un professionnel de santé et/ou d'un membre participant et/ou d'un ayant droit peuvent entraîner un recours en justice et l'application de l'article 46 du présent règlement des garanties.

Il est entendu par « utilisation frauduleuse » les comportements principaux suivants:

- non respect de la nomenclature des régimes obligatoires ;
- non respect des tarifs pratiqués habituellement par le professionnel de santé (ex: tarification réalisé en fonction du tableau de garantie et non de l'acte en lui-même) ;
- utilisation des tableaux de garanties pour maximiser les conditions de prises en charge ;
- transmission et déclaration d'une facturation différente au régime obligatoire et à la mutuelle ;
- non respect de la prescription médicale (ex: remboursement de lunettes solaires à la place de verres optique) ;

Cette liste n'étant pas exhaustive, d'autres cas peuvent le cas échéant être concernés par le caractère frauduleux de l'usage des tableaux de garanties.

Article 48 : 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.

Article 49 : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

Conformément au code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, située 61, rue Taitbout 75009 PARIS.

Article 50: Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance

En cas d'adhésion à distance au présent règlement, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où son adhésion a pris effet.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à Landes Mutualité, Allée de la Capère – 40016 Mont de Marsan, une lettre recommandée avec avis de réception indiquant :

« Je soussigné(é) Mr/Mme (nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au régime de complémentaire santé, d'indemnité journalières ou de décès (choisir la ou les garanties concernées) et demande le remboursement des cotisations versées. Le (date et signature)

Landes mutualité rembourse les sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. **En cas d'exercice de la faculté de renonciation, les garanties cessent à la date d'envoi de la lettre recommandée.**

Informations exigées par les dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité concernant la commercialisation à distances d'opérations d'assurance individuelles.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Les relations précontractuelles entre la mutuelle et le membre participant sont régies par la loi française. Il en va de même de la loi applicable au bulletin d'adhésion.• Landes Mutualité s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement la langue française.• Toute réclamation au sujet du bulletin d'adhésion peut être soumise à Landes Mutualité sans préjudice pour le membre participant d'intenter une action en justice.• Le membre participant est informé de l'existence du Service Fédéral de Garantie (SFG) contre la défaillance des mutuelles visée à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité. |
|--|

Article 51: Droit de renonciation en cas d'adhésion à domicile

En cas d'adhésion à domicile au présent règlement, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de sept jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion ou si le délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à Landes Mutualité, Allée de la Capère – 40016 Mont de Marsan, une lettre recommandée avec avis de réception indiquant :

« Je soussigné(é) Mr/Mme (nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au régime de complémentaire santé, d'indemnité journalières ou de décès (choisir la ou les garanties concernées) et demande le remboursement des cotisations versées. Le

..... (date et signature) garanties concernées) et demande le remboursement des cotisations versées. Le (date et signature).

Landes mutualité rembourse les sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. **En cas d'exercice de la faculté de renonciation, les garanties cessent à la date d'envoi de la lettre recommandée.**