

Mutuelle CPAMIF
ComPlémentaire Assurance Maladie Interdépartementale Familiale
44 rue Saint Antoine 75004 PARIS

REGLEMENT MUTUALISTE

Approuvé par l'Assemblée Générale du 15 juin 2017

Approuvé par l'Assemblée Générale du 14 juin 2018

MUTUELLE REGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITE ET SOUMISE AU LIVRE II
Enregistrée à l'INSEE sous le numéro N°784 394 363
Numéro LEI : 969500266NCH9XN31F77

CHAPITRE I - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Toute personne qui désire faire partie de la Mutuelle CPAMIF (groupement de personnes de droit privé à but non lucratif soumis aux dispositions du livre II du code de la mutualité et inscrite sous le numéro INSEE **N°784 394 363**), à titre de membres participants ou honoraires (adhérents) devra remplir les conditions prévues aux statuts, au règlement intérieur le cas échéant et au règlement mutualiste.

CHAPITRE II - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} - Adoption - Modification

Le présent règlement mutualiste est établi en application de l'Article L 114-1 du Code de la mutualité et fait référence à l'**article 4** des statuts de la mutuelle CPAMIF.

Conformément à l'**article 78** des Statuts de la mutuelle CPAMIF, les adhérents doivent être informés de toute modification apportée au Règlement mutualiste.

Le présent règlement mutualiste et ses annexes : comité d'entraide, tableaux des prestations, cotisations et règlement des garanties ; constituent un ensemble indivisible.

Article 2 - Objet du contrat mutualiste

Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayant droits, pendant la période de garantie, de prestations de santé complémentaires ou non au régime obligatoire, dans les conditions définies ci-après, selon le type de contrat, la gamme et l'option choisie.

Pour les contrats individuels, il est constitué d'un bulletin d'adhésion signé, des statuts, du règlement mutualiste et du règlement intérieur, le cas échéant.

Le règlement mutualiste définit les droits et obligations caractéristiques de la mutuelle et des adhérents.

Pour les contrats collectifs, il est constitué des documents précités auxquels s'ajoutent un contrat collectif et les conditions générales visées en annexe, le cas échéant, une notice d'information.

Adopté par l'Assemblée Générale, le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

CHAPITRE III - MODALITES D'ADHESION – PRISE D'EFFET – DUREE - DEMISSION - RADIATION

Article 3 - Adhésion – Dispositions générales

Conformément aux statuts (article 8) de la mutuelle CPAMIF, la personne souscriptrice adhère en tant que membre participant.

Les personnes immatriculées à un régime obligatoire de sécurité sociale peuvent souscrire.

Tout changement d'option ne pourra intervenir qu'au 1^{er} Janvier de chaque année. L'adhérent devra formuler sa demande par écrit avant le 31 Octobre de l'année en cours.

Les membres participants recevront une carte mutualiste annuelle justifiant l'ouverture de leurs droits.

Pour les opérations collectives, la personne morale souscriptrice devient membre honoraire de droit pendant la durée du contrat et sera représentée pour la vie sociale de la mutuelle par toute personne physique de son choix.

Article 4 - Membres participants et Ayant droits

La Mutuelle CPAMIF recueille l'adhésion individuelle de toute personne âgée de plus 16 ans, affiliée à un régime d'assurance maladie obligatoire. Cette dernière dispose du libre choix parmi les options figurant en annexe, et acquière, après signature du bulletin d'adhésion, la qualité d'adhérent en tant que membre participant.

Le membre participant ouvre le droit aux prestations à ses ayant droits :

- son conjoint ou concubin ou pacsé,
- les ascendants à charge de l'adhérent,
- les enfants immatriculés à un des régimes « étudiants » (droits à justifier annuellement),
- les enfants fiscalement à charge de l'adhérent.

L'ayant droit étudiant, est inscrit en catégorie Etudiant jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 26 ans.

Il est radié par la mutuelle CPAMIF, en ayant la possibilité d'intégrer et de choisir librement entre les options des gammes standards, dans les conditions de prestations et cotisations prévues au règlement mutualiste.

La perte du statut d'étudiant avant l'âge de 26 ans entraîne la révision du dossier dans les mêmes conditions que précédemment.

Pour les opérations collectives à caractère obligatoire, les salariés de la personne morale sont membres participants à compter de la signature du contrat collectif par la personne morale.

Pour les opérations collectives à caractère facultatif, peuvent adhérer à la mutuelle tous les salariés de la personne morale souscriptrice, ou ses adhérents s'il s'agit d'une association ou d'une mutuelle, sous réserve d'avoir plus de 16 ans.

Le conseil d'administration peut agréer annuellement des membres honoraires, personnes physiques dans les conditions des statuts.

Article 5 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion est matérialisée par la signature du bulletin d'adhésion, qui emporte acceptation des dispositions statutaires et du règlement de la mutuelle CPAMIF ainsi que les spécificités rattachées aux options proposées, ou par la signature du contrat collectif.

L'adhésion est recevable accompagnée du règlement des cotisations prévues.
L'adhésion prendra effet le premier jour du mois en cours de la réception du bulletin d'adhésion lorsque celle-ci a lieu dans la première quinzaine du mois. (Si envoi par courrier, le cachet de la poste fera foi). La cotisation sera due pour le mois entier.

Dans le cas contraire, elle prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion. Aucune rétroactivité n'est possible.

Pour l'ayant droit nouvellement inscrit :

La garantie prend effet le 1er du mois en cours si la demande parvient avant le 15, le 1er du mois suivant si la demande parvient après le 15.

Article 6 - Durée et renouvellement du contrat

Le contrat mutualiste est conclu pour une période minimale d'un an et vient à échéance le 31 décembre qui suit une première année pleine.

Il est ensuite reconduit de plein droit par tacite reconduction par période annuelle civile, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie dans les conditions définies par les statuts ou présent règlement.

Article 7 - Les conditions d'adhésion

La gamme individuelle ORCHIS est fermée à l'adhésion.
La gamme individuelle ORCHIDEE est ouverte à tous les adhérents.

Seule, l'option jeune ORCHIDEE est soumise à condition :

Gamme ORCHIDEE JEUNE : le jeune doit avoir moins de 26 ans.

Les membres participants paient en entrant un droit d'admission fixée à 3.05 €. Cette somme est versée immédiatement avec la première cotisation.

Article 8 - Modification du contrat mutualiste

Article 8.1 - Demande de modification du contrat mutualiste

Toute demande de modification des mentions portées au bulletin d'adhésion devra faire l'objet d'une demande écrite du souscripteur notamment celle résultant de :

- de la situation familiale,
- d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Les modifications prennent effet le 1^{er} du mois suivant la demande.

Pour l'inscription d'un bénéficiaire, la garantie s'applique dès la demande de modification du contrat mutualiste (si envoi par courrier le cachet de la poste faisant foi).

L'adhérent devra s'acquitter d'un mois plein de la cotisation correspondante, quel que soit le nombre de jours restant du mois entamé.

Article 8.2 - Demande de changement d'option

Le membre participant peut demander un changement d'option après une année civile pleine d'adhésion dans l'option précédemment souscrite.

Cette demande devra être notifiée au moins deux mois avant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 octobre, pour prendre effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

Toutefois, le changement de garantie **vers une option inférieure** ne peut s'effectuer qu'après une durée de présence minimale de deux années civiles pleine dans l'option quittée.

Article 8.3 - Modification du règlement mutualiste

Les modifications des montants des cotisations ainsi que des prestations et plus généralement les modifications des règlements et statuts, décidées par l'assemblée générale ou le conseil d'administration, sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux membres de la mutuelle.

Article 8.4 - Modification de la réglementation

Les prestations de la mutuelle sont définies par rapport à la réglementation fixée par le régime obligatoire de la sécurité sociale.

En cas de modification de la réglementation ou des tarifications, la mutuelle peut être contrainte d'ajuster la définition des garanties ou des cotisations sans que cela ne constitue une remise en cause du contrat.

Ces modifications sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées.

CHAPITRE IV - DEMISSION, RADIATION, SUSPENSION

Article 9 - Démission

La démission est possible après une année civile pleine d'adhésion et à chaque échéance du 31 décembre.

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle au plus tard le 31 octobre soit deux mois avant la fin de l'année civile prévue au 31 décembre de chaque exercice.

Par dérogation à ce qui précède, et exclusivement pour les contrats individuels, si l'avis d'échéance est envoyé moins de quinze jours avant ou après le 31 octobre, conformément à la réglementation (loi Châtel), le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation pour dénoncer la reconduction annuelle du contrat mutualiste.

Le contrat mutualiste peut être résilié avant sa date d'expiration normale, dans le cas où l'adhérent doit bénéficier d'une affiliation à une mutuelle obligatoire dans le cadre de son emploi ou celui de son conjoint, sur présentation d'une attestation de l'employeur stipulant le caractère obligatoire et la date d'entrée en vigueur.

Celui-ci doit envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception à laquelle sont jointes l'attestation de l'employeur prouvant l'adhésion au contrat obligatoire et la carte mutualiste, dans les trois mois qui suivent cet événement.

La date d'effet de la dérogation tiendra compte de la date de réception des justificatifs mentionnés ci-dessus sous réserve du respect de l'obligation ci-dessus et que la mutuelle n'ait pas versés de prestations depuis cette date.

Dans le cas contraire, la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande. Aucun remboursement rétroactif de cotisations ne pourra intervenir.

Pour les bénéficiaires de la PUMA, le contrat mutualiste pourra être résilié sans préavis sur présentation de l'attestation délivrée par la CPAM. La CMU a été abrogée au 01/01/2016 et remplacée par la PUMA (Protection Universelle Maladie).

En cas du décès du membre participant, le contrat prend fin à la date dite du décès.

Le ou les ayants droits peuvent demander leur adhésion au 1^{er} jour suivant la fin du contrat.

Article 10 - Suspension

Le membre participant est, sur sa demande écrite, dispensé du paiement des cotisations pour une durée variable en fonction de l'une des situations suivantes :

- chômage sur une durée maximum de 2 ans (avec un justificatif pôle emploi),
- départ à l'étranger sur une durée maximale d'un an,
- couverture à un contrat obligatoire dans le cadre d'un CDD avec pour durée maximale, la durée du contrat

Pendant cette période, les garanties sont suspendues.

Le mutualiste ne pourra prétendre de nouveau aux prestations que pour des soins dont la date de référence telle que définie à l'article du présent règlement sera postérieure à la date de réouverture des droits.

A l'issue de cette période, il bénéficie de plein droit des prestations de la mutuelle, dès lors qu'il s'acquitte de ses obligations statutaires et contractuelles.

En cas de non-paiement de la cotisation au terme de cette période de suspension, le contrat est résilié conformément aux dispositions de l'article de ce présent document.

Article 11 - Radiation

Sont radiés les membres participants qui ne remplissent plus, à l'exception de la condition d'âge, les conditions auxquelles les statuts et le règlement mutualiste subordonnent l'adhésion.

Pour exemple, en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure du présent règlement mutualiste.

11.1 Résiliation dans les termes de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité

Pour Les opérations individuelles, lorsque les conditions d'adhésion, liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants ne sont plus remplies :

- changement de domicile (départ à l'étranger),
- changement de situation matrimoniale,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque celle-ci a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La CPAMIF doit rembourser à l'adhérent 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 la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à La mutuelle CPAMIF dans les cas de résiliations susmentionnées.

11.2 - Résiliation dans les termes de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité

Dans le cadre des opérations individuelles, à 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 contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 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 ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente 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 est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée, ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles

venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

11.3 - Résiliation dans le cadre d'opérations collectives

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, le défaut de paiement des cotisations par l'employeur ou la personne morale qui assure le précompte de la cotisation, la suspension des garanties ou la résiliation du contrat collectif intervient en application des dispositions de l'alinéa 1 de l'article L 221-8 du code de la mutualité.

Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe, en application des dispositions au II de l'article L 221-8 du code de la mutualité.

Les dispositions des deux précédents alinéas ne s'appliquent pas 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.

11.4 - Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du Code de la Mutualité et conformément à **l'article 12 des statuts**, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle, un préjudice dûment constaté.

Les membres dont l'exclusion est prononcée pour ce motif, sont convoqués devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui leur sont reprochés.

S'ils ne se présentent pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée.

S'ils s'abstiennent encore d'y déférer, leur exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

11.5 - Remboursement des cotisations

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dispositions particulières prévues par la législation (cmu, puma), ou lorsqu'un membre participant, est contraint d'adhérer à une mutuelle dans le cadre d'un contrat d'entreprise collectif obligatoire et qu'il a réglé ses cotisations au-delà de la date acceptée de sa démission.

11.6 - Frais d'impayés

En cas de cotisations impayées, les frais y afférents sont à la charge de l'adhérent.

11.7 - Fin de droits

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

CHAPITRE V - COTISATIONS -

Article 12 - Détermination des cotisations

12.1 Définition

Les cotisations sont les contreparties financières des garanties accordées donnant lieu au versement des prestations.

Le montant des cotisations annuelles est fixé par le Conseil d'administration en application des dispositions de l'article L 114-11 du code de la mutualité.

Les membres honoraires, personnes physiques s'engagent, le cas échéant, au paiement d'une cotisation annuelle forfaitaire fixée par le Conseil d'Administration.

12.2 Les cotisations

Le barème des cotisations est fixé en annexe, selon le type de contrat, collectif ou individuel.

La cotisation annuelle est fixée, au moment de l'appel de cotisation annuel, en fonction :

- de l'option choisie,
- de la composition familiale,
- de l'âge du souscripteur
- de l'âge des ayant droits

La cotisation est déterminée par tranche d'âge selon les options choisies.

La cotisation progresse en fonction de l'âge de chaque participant isolé ou du chef de famille et de la composition familiale, conformément aux tableaux figurant en annexe du présent règlement.

Pour le changement de tranche d'âge, le passage à la tranche d'âge supérieure se fait le 1er janvier de l'année civile suivant la date d'anniversaire du membre participant.

Les montants calculés figurent dans les tableaux en annexe.

Pour les couples :

Le montant des cotisations est calculé sur la base de l'âge moyen du couple.

Des augmentations ultérieures de tarif seront appliquées, sous forme d'un même pourcentage et/ou d'un montant exprimé en Euros, à tout le barème figurant en annexe.

Toutefois, ce pourcentage peut différer d'une option à l'autre en fonction des résultats mutualisés de chaque option.

Ces augmentations seront décidées par le conseil d'administration, en application des dispositions de l'article L 114-11 du code de la mutualité.

Article 13 - Modalités de modification des cotisations

Les cotisations peuvent évoluer, en cours d'année civile, dans les cas suivants :

- en fonction de l'évolution des dépenses de santé mises à la charge de La CPAMIF,
- en cas de modifications des mesures législatives ou réglementaires venant affecter le remboursement des assurances sociales,

- pour tenir compte d'un changement de situation familiale, dûment notifié par le membre participant à La CPAMIF : dans ce cas, la cotisation est recalculée conformément au barème de cotisation, à la date de validation du changement de situation familiale ou d'option.

Toute modification des montants de cotisations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux adhérents.

Il engendre une évolution du montant des cotisations, conformément au barème applicable pour l'année civile concernée.

13.1 La structure standard des cotisations de la gamme ORCHIS

Pour les contrats prenant en compte les compositions familiales (gamme ORCHIS), ceux-ci se déclinent de la manière suivante :

- 1 adhérent
- 1 adhérent et 1 enfant à charge
- 1 adhérent et deux enfants à charge
- 1 adhérent et trois enfants et plus à charge

-
- 1 couple : deux adultes
 - 1 couple et 1 enfant à charge
 - 1 couple et 2 enfants à charge
 - 1 couple et 3 enfants et plus à charge

13.2 - Les familles définies pour les options ORCHIS

Les membres participants sont définis comme suit :

- une personne protégée,
- la composition familiale conformément aux précisions ci-dessus.

couple : il faut entendre membre participant et son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

Lorsqu'un membre participant, isolé ou en couple, a des enfants à charge, la cotisation tient compte du nombre des enfants.

A compter du troisième enfant, les enfants suivants n'engendrent pas d'augmentation tarifaire

Les montants calculés sont arrondis à l'euro supérieur et figurent dans les tableaux en annexe.

13.3 - La structure standard des cotisations de la gamme ORCHIDEE

Pour les contrats prenant en compte les âges. Ceux-ci se déclinent de la manière suivante :

L'âge de chaque participant isolé ou chef de famille et ayant droits est apprécié au 1er janvier de l'année civile suivant la date d'anniversaire du membre participant.

13.4 - Le paiement des cotisations

Les cotisations doivent être payées selon les modalités prévues à l'échéancier annuel envoyé à l'adhérent et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

Toutefois la cotisation annuelle peut être fractionnée en fonction du mode de règlement choisi.

Pour les adhérents individuels des options ORCHIS et ORCHIDEE, la perception des cotisations, se fera par :

- Prélèvement automatique sur compte bancaire,
- Règlement par chèque,

- Virement.

Les cotisations sont dues aux termes à échoir, payable au début de chaque terme ;

Dès l'enregistrement de l'adhésion, une carte d'adhérent est délivrée.

Toute cotisation annuelle inférieure ou égale à 40€ est payable en une fois.

Les membres honoraires s'acquittent d'une cotisation de 25 Euros/Mois.

En cas de difficultés financières et sur justificatifs, l'adhérent pourra opter pour un changement d'option inférieure sans pénalité.

13.6 - Détermination d'une cotisation spécifique pour la garantie solidarité

La cotisation est de 16 euros par semestre par adhérent.

Article 14 - Les conditions de remboursement des prestations

Préambule

En tout état de cause, les prestations servies s'inscrivent dans le cadre des contrats dits solidaires et responsables en vertu de l'article 871-1 du code de la sécurité sociale.

A ce titre, elles respectent notamment les dispositions suivantes :

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de Soins Coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle.

Les éventuels dépassements d'honoraires en "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Toutes modalités contraires à ces dispositions seront nulles, le cahier des charges relatif au contrat responsable prévalant sur tout autre dispositions contractuelles.

CHAPITRE VI –PRESTATIONS

Article 15 - Le Droit aux prestations

Les prestations sont dues pour toute la période de paiement des cotisations, hors cas de suspension. Pour toutes les prestations, le complément de la mutuelle additionné au remboursement du régime social ne pourra dépasser le prix payé.

En aucun cas, les prestations allouées par la Mutuelle ne peuvent se cumuler avec des avantages équivalents procurés par l'adhésion d'un membre participant ou de l'un de ses ayant droits, à un autre organisme mutualiste.

Pour obtenir ses prestations en remboursement, le membre participant devra se conformer aux dispositions suivantes :

Les frais hospitaliers, selon l'option choisie (forfait journalier, supplément pour chambre particulière et accompagnement d'un enfant) seront remboursés, sur présentation de la facture originale acquittée délivrée par la clinique ou l'établissement hospitalier.

Les cures thermales, selon l'option choisie, font l'objet du versement d'un forfait sur présentation de la facture de l'hébergement et de l'attestation de cure.

Les autres dépenses ne donnant pas lieu à remboursement par la sécurité sociale (vaccin antigrippe, lentilles refusées...) seront remboursées, selon l'option souscrite, sur présentation de la facture originale acquittée, délivrée par le praticien, accompagnée de la prescription médicale.

Pour les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire d'assurance maladie, la date de référence sera la date de soins mentionnée sur ce décompte.

Les prestations ne sont versées que si la date des soins ou de l'achat se situe après la date d'effet de l'adhésion.

Les prestations sont réglées par :

- télétransmission avec les CPAM conventionnées avec la mutuelle sauf opposition de l'adhérent,
- présentation des originaux des décomptes du régime sécurité sociale,
- présentation des tickets modérateurs, factures ou toutes pièces justificatives demandées par la mutuelle.

Article 16 - L'Etendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants-droit, pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française (Carte Européenne d'Assurance Maladie), la mutuelle rembourse le ticket modérateur.

Article 17 - Limite de remboursement des prestations

Le montant des remboursements de prestations obtenus auprès de la mutuelle, ne peut permettre, totalisé avec celui du régime d'assurance maladie obligatoire et éventuellement de tout autre organisme complémentaire, d'aboutir à un remboursement supérieur aux frais réels engagés par l'adhérent.

Les pourcentages sont calculés sur la base de remboursement de la sécurité sociale.

Article 18 – La Description des prestations

Les prestations ne sont versées que si la date des soins ou l'achat se situe après la date d'effet de l'adhésion. Les prestations sont réglées :

Article 19 - L'assistance et la protection juridique

Tous les membres participants, ainsi que leurs ayant droits, quelle que soit l'option choisie bénéficient des garanties « Assistance santé », « Protection juridique santé et sociale » décrites en annexe.

Article 20 - La contestation

Les adhérents ont deux ans à compter de la date de paiement d'une prestation par la mutuelle pour la contester.

Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné.

Article 21 - Les garanties collectives standard proposées

Les gammes collectives standard 'Plus de santé' déterminées pour les entreprises, associations ou collectivités de 1 à 50 personnes. Avec 5 niveaux de garanties seront proposées voir ANNEXE.

Article 22 - La Cessation des droits

Aucune prestation ne peut être servie après :

- la date d'effet de la démission,
- la décision de radiation ou d'exclusion,
- la date d'effet du retrait d'un bénéficiaire.

Sauf les prestations pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Article 23 - La garantie solidarité

Cette garantie offre des prestations de base en orthodontie et en optique à hauteur de 18 euros annuel successivement pour chaque garantie.

Article 24 - Le Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

Toutefois, la mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu 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 décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partielle.

Article 25 - Le Comité d'entraide

Une action sociale est mise en œuvre par la mutuelle avec pour objet l'attribution, dans le cadre du titre III de l'article L 111-1 du Code de la Mutualité, d'aides ponctuelles dans les limites du budget alloué annuellement par l'Assemblée Générale et conformément au règlement adopté à cet effet.

Des secours exceptionnels peuvent être accordés aux adhérents et à leurs ayant droits à charge.

Une commission d'action sociale est créée par le conseil d'administration, et est chargée d'attribuer des aides exceptionnelles notamment :

En cas de survenance d'évènements particulièrement lourds et pénibles, de nécessité d'aide matérielle médicale spécifique consécutive à une problématique de santé, de demande de prise en charge d'actes hors nomenclature de la sécurité sociale.

L'Assemblée générale définit annuellement le budget alloué pour la gestion de l'aide sociale. Ces aides peuvent être augmentées, diminuées ou supprimées en fonction du budget alloué chaque année par l'assemblée générale et compte tenu des moyens disponibles.

Le droit à l'action sociale prend effet :

- Après un an d'adhésion pour les membres participants et leurs ayant droits.

Ils sont alloués par une commission d'entraide dont les membres sont désignés par le premier Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale.

En ce qui concerne l'attribution des secours exceptionnels, la commission sera solidairement responsable de sa gestion devant l'Assemblée Générale et présentera chaque année à celle-ci un rapport détaillé des secours octroyés sans indication des bénéficiaires.

Chaque dossier présenté à la commission d'entraide devra comporter les documents suivants :

- demande d'informations de la mutuelle,
- justificatifs des frais médicaux à charge (factures, etc.....),
- justificatifs des revenus et charges,

Tous documents nécessaires à l'examen du dossier demandés par les services administratifs de la Mutuelle CPAMIF.

CHAPITRE VII - PRESCRIPTION

Article 26 - Prescription

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des contrats mutualistes sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- 1°) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 2°) En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

CHAPITRE VIII - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 - Loi Informatique et Libertés

En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, les informations nominatives recueillies par La MUTUELLE CPAMIF pour le plein exercice de son activité répondent aux exigences réglementaires et légales. Elles sont confidentielles et ne peuvent en aucun cas être cédées ou mises à dispositions de tiers à des fins commerciales.

Chaque membre participant bénéficie d'un droit d'accès aux informations le concernant et d'un droit de rectification qui s'exerce sur demande écrite au siège de la mutuelle : La MUTUELLE CPAMIF, 44 rue SAINT ANTOINE 75004 Paris.

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, peuvent 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.

Article 28 - Autorité de Contrôle

Les garanties proposées par La MUTUELLE CPAMIF sont régies par le code de la mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Article 29 – Les contrats dits responsables

Les contrats proposés par la mutuelle sont des contrats dits « responsables », les garanties répondant aux contraintes stipulées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et précisées par les articles R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Les contrats sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1EUR au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle.

Les éventuels dépassements d'honoraires en "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Actes de prévention pris en charge conformément aux dispositions afférentes au cahier des charges responsable

Liste disponible auprès de la mutuelle.

Dans le cadre des "contrats responsables", et en vertu du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, les dépassements d'honoraires devront à minima respecter un plafond de 100% de la base de remboursement pour les médecins et prestataires non signataires du contrat d'accès aux soins (CAS), et dans le même temps, devront être inférieur d'au moins 20% aux plafonds de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins et prestataires signataires OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée).

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

Article 30 – Réclamation et Médiation

Article 30.1 – Réclamation

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle CPAMIF
Service réclamation
44 rue Saint Antoine
75004 PARIS

A compter de la date de réception de la demande, le service réclamation envoie :

- Soit, une réponse définitive,
- Soit, si la demande est plus complexe, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle,

La réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant la réception de la dernière des pièces complémentaires du dossier.

Article 30.2 – Médiation

Si le désaccord persiste à l'issue de la procédure de réclamation ou en l'absence de réponse dans le délai prévu à l'article 30.1, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle CPAMIF
Monsieur le médiateur
44 rue Saint Antoine
75004 PARIS

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen.

Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.
La procédure de médiation est conduite dans le respect de la confidentialité.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de trois semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas, il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

La mutuelle CPAMIF a choisi le médiateur de la FNMF. Le médiateur de la mutualité française peut être saisi en langue française uniquement :

- par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75 719 PARIS cedex 15

- Ou directement sur le site extranet de la FNMF.

La médiation est gratuite pour le membre participant et la mutuelle. Toutefois si les parties souhaitent se faire représenter par un avocat ou représenter par un tiers de leur choix ou solliciter l'avis d'un expert, les frais engagés sont à la charge de la partie qui a souhaité être représentée, ou qui a mandaté l'expert pour qu'il fournisse un avis, sauf si la demande est conjointe. Dans cette hypothèse, les frais seront partagés par les deux parties.

La saisine du Médiateur entraîne la suspension, jusqu'à la signification de son avis, de toute action initiée par la mutuelle, à l'exception de celles intentées à titre conservatoire. La médiation suspend également les délais de prescription pendant cette même durée. Les constatations et les déclarations que le Médiateur recueille ne peuvent être ni produites ni invoquées dans la suite de la procédure sans l'accord du client et de la mutuelle. L'avis du Médiateur ne peut être produit devant les tribunaux qu'en cas d'accord des parties.

La médiation prend fin :

- dès l'envoi de l'avis émis par le Médiateur,
- en cas de décision par l'une des parties de mettre un terme à la médiation.