

Mutuelle CPAMIF

Complémentaire Assurance Maladie Interdépartementale Familiale

Siège : 21 rue du Faubourg Saint Antoine 75011 Paris

Accueil du public : 4/6 rue de Birague 75004 Paris

REGLEMENT MUTUALISTE

Approuvé par l'Assemblée Générale du 13 juin 2024

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

Table des matières

Mutuelle CPAMIF	1
<i>Complémentaire Assurance Maladie Interdépartementale Familiale</i>	1
CHAPITRE 1. - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS	4
CHAPITRE 2. - DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1. - Adoption – Modification	4
Article 2. - Objet du contrat mutualiste	4
CHAPITRE 3. - MODALITES D’ADHESION – PRISE D’EFFET – DUREE -	4
Article 3. - Adhésion – Dispositions générales	4
Article 4. - Membres participants et Ayant droits	5
Le membre participant ouvre le droit aux prestations à ses ayant droits.....	5
Article 5.- Prise d’effet de l’adhésion.....	5
Article 6. - Durée et renouvellement du contrat	6
Article 7. - Les conditions particulières d’adhésion	6
Article 8. - Modification du contrat mutualiste	6
CHAPITRE 4. - DEMISSION, RADIATION, SUSPENSION	7
Article 9. - Démission - Résiliation	7
Article 10.- Radiation	8
CHAPITRE 5. – COTISATIONS.....	9
Article 11.- Détermination des cotisations	9
Article 12.- Modalités de modification des cotisations	10
Article 13.- Les conditions de remboursement des prestations	11
CHAPITRE 6. – PRESTATIONS	11
Article 14.- Le Droit aux prestations	11
Article 15.- L’Etendue territoriale des prestations.....	12
Article 16. - Principe Indemnitaire et pluralité des organismes d’assurance	12
Article 17. Exclusions de garantie.....	13
Article 18 – Contrat responsable	13
Article 19.- Condition des garanties	15
Article 20.- Révision annuelle des garanties	18
Article 21. - L’assistance et la protection juridique.....	18
Article 22.- La Cessation des droits	18
Article 23.- La garantie solidarité.....	19
Article 24.- Subrogation	19
Article 25.- Le Comité d’entraide.....	19
CHAPITRE 7. – PRESCRIPTION.....	19
Article 26.- Prescription	19
CHAPITRE 8. - DISPOSITIONS DIVERSES	20
Article 27.- Loi Informatique et Libertés	20



Article 28.- Valeur contractuelle	21
Article 29.- Opposition au démarchage téléphonique	21
Article 30.- Autorité de Contrôle.....	21
Article 31.- Réclamation et Médiation	21

CHAPITRE 1. - 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 INSEEN[°]784 394 363), à titre de membres participants ou honoraires (adhérents) devra remplir les conditions prévues aux statuts, au règlement mutualiste.

CHAPITRE 2. - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. - 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 74** 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 et cotisations, le règlement mutualiste ; 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, de prestations de santé complémentaires ou non au régime obligatoire, pendant la période de garantie, dans les conditions définies après, selon le type de contrat, la gamme et l'option choisie. Il est également proposé une garantie Assistance assurée par la société COGEMUT (le cas échéant, un autre prestataire peut être pressenti s'il est évalué que les garanties sont meilleures). Les garanties du produit d'assistance santé sont vendues en inclusion systématique du contrat d'assurance complémentaire santé souscrit et ont pour vocation d'aider les bénéficiaires en cas d'accidents ou de maladie, ayant entraîné une immobilisation ou une hospitalisation. Les garanties s'étendent à des prestations de protection juridique et ont pour vocation d'accompagner les bénéficiaires dans le cadre des procédures contentieuses relatives à l'objet de l'article 2 du présent règlement.

Pour les contrats individuels, le dossier d'adhésion comprend :

- Un bulletin d'adhésion signé,
- Un tableau de garantie,
- Un barème des cotisations,
- Des statuts (disponible sur le site WWW.CPAMIF.FR),
- Un règlement mutualiste,
- Une fiche IPID,
- Un diagnostic conseil,
- Un mandat SEPA.

Le Règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque Membre participant ou honoraire et la Mutuelle, c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les Prestations et les cotisations. Les garanties effectivement souscrites par le Membre participant ou honoraire sont définies au Bulletin d'adhésion. Elles répondent aux obligations résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même Code.

CHAPITRE 3. - MODALITES D'ADHESION – PRISE D'EFFET – DUREE – –

Article 3. - Adhésion – Dispositions générales

Conformément aux statuts (article 8) de la mutuelle CPAMIF, la personne souscriptrice adhère individuellement en tant que membre participant. Peuvent adhérer au présent **Règlement**, les personnes physiques âgées d'au moins 16 ans (article L.114-2 du code de la mutualité) à la condition que ceux-ci soient assurés par un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et qu'ils résident en France au sens des dispositions de l'article R115-6 du Code de la Sécurité Sociale. Dès que ces conditions ne seront plus respectées, les Garanties prendront fin. Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une Adhésion antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion. Les membres participants recevront une carte mutualiste de tiers payant annuelle justifiant l'ouverture de leurs droits.

Article 4. - Membres participants et Ayant droits

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. Au-delà, il est radié par la mutuelle CPAMIF, en ayant la possibilité d'adhérer et de choisir librement entre les options des gammes individuelles, 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. Tous les Ayants droit doivent être ressortissants d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Les Garanties des Ayants droit sont identiques à celles du Membre participant.

L'Affiliation des Ayants droit est indissociable et indivisible de l'Adhésion du Membre participant.

Le Membre participant affilié à l'adhésion, les Ayants droit qu'il souhaite quand il le souhaite sous réserve de règles particulières. Postérieurement à l'adhésion, seul le Membre participant peut demander l'Affiliation d'Ayants-droit en complétant un avenant au Bulletin de modification, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

Les Garanties des Ayants droit prennent effet en même temps que celle du Membre participant lorsqu'ils sont affiliés concomitamment à sa propre adhésion.

En cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant postérieurement à l'affiliation du Membre participant, les garanties prennent effet, pour l'intéressé, dès la date de l'événement en question si la demande est reçue dans les deux mois qui suivent l'événement.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet dans les mêmes conditions prévues à l'article 5.

La qualité d'Ayant droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Ayant droit ne remplit plus les conditions pour être à charge.

La cessation des droits du Membre participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants droit.

Lorsqu'un assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant droit, son affiliation cesse le 31 décembre à minuit de l'année au cours de laquelle survient l'événement qui ne permet plus de satisfaire lesdites conditions.

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 contrats et options proposées, du diagnostic conseil signé.

Il est joint au bulletin d'adhésion les pièces justificatives suivantes :

- La copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité du Membre participant, à jour au moment de l'adhésion,
- Le cas échéant, la copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité des Ayants-Droits, à jour au moment de l'adhésion,
- Le cas échéant, la copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité du tiers payeur, à jour au moment de l'adhésion,
- Les attestations d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie des Assurés,
- Un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- Un relevé d'identité bancaire pour chaque Assuré de plus de 16 ans qui souhaite percevoir directement le versement des prestations,
- Un mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé.
- Le cas échéant, tout document justifiant de la situation de concubinage, de l'existence d'un PACS ou d'un contrat de mariage (un certificat de concubinage ou une copie du livret de famille ou une copie l'extrait d'acte de naissance...).
- Le cas échéant le certificat de résiliation de l'ancien organisme de complémentaire santé

L'adhésion est recevable accompagnée du règlement des cotisations prévues.

L'adhésion prendra effet :

- Au premier jour du mois en cours de la réception du bulletin d'adhésion lorsque celle-ci a lieu dans la première quinzaine du mois (le 15 du mois inclus, si envoi par courrier, le cachet de la poste fera foi),
- Au 1^{er} du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion lorsque que celle-ci a lieu à compter du 16 du mois, la cotisation sera due pour le mois entier.
- A la date indiquée sur le bulletin d'adhésion si postérieure au mois de réception.

Le Membre participant et honoraire certifie sincères et véritables les informations qu'il a fournies lors de la signature de son Bulletin d'adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l'Adhésion dans les conditions de l'article « FAUSSE DECLARATION » et les sanctions prévues aux Statuts et présent Règlement.

Par ailleurs, le Membre participant est tenu d'informer la Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications concernant :

- Son état civil,
- L'adresse de son domicile,
- Sa situation familiale,
- Sa situation socioprofessionnelle,
- Son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires,
- Ses coordonnées bancaires,
- La couverture du Risque par un autre organisme assureur.

Et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour La Mutuelle. Seules les informations et demandes de modifications fournies par le Membre participant seront prises en compte par la Mutuelle.

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, la réglementation ou le présent règlement.

Pour les ayants droit

L'affiliation des Ayants droit peut être résiliée, au 31 décembre de l'année, à la demande du Membre participant notifiée par lettre recommandée ou lettre recommandée électronique avec accusé de réception à la Mutuelle, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Pour être opposable, la résiliation doit être adressée à la mutuelle CPAMIF au 21 rue du faubourg saint Antoine 75011 Paris.

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si l'Ayant droit se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire, il peut alors demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, le Membre participant doit communiquer à la Mutuelle une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l'absence de dispense d'affiliation. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite, sous réserve de produire une pièce justificative.

Article 7. - Les conditions particulières d'adhésion

La gamme individuelle ORCHIS est ouverte à l'adhésion.

La gamme individuelle ORCHIDEE est ouverte à tous les adhérents.

Gamme ORCHIDEE JEUNE : Seule, l'option ORCHIDEE jeune est soumise à une condition : *Le jeune doit avoir moins de 25 ans révolu à la souscription. Le dépassement de l'âge limite en cours d'année, soit au 26^{ème} anniversaire, sera sans effet jusqu'au 31 décembre de l'année concernée. Lorsque l'adhérent a 26 ans au 1er janvier de l'année qui suit, le passage à l'option ORCHIDEE 1 est automatique que le contrat soit renouvelé automatiquement à cette date ou non).*

Les nouveaux membres participants et honoraires sont susceptibles d'avoir à acquitter un droit d'adhésion dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale conformément aux dispositions de l'article « COMPETENCES DE L'ASSEMBLEE GENERALE » des statuts.

Article 8. - Modification du contrat mutualiste

Article 8.1 - Demande de modification du contrat mutualiste et dates d'effet

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 : **La situation familiale** :

- Pour l'ayant droit nouvellement inscrit : La garantie prend effet selon les conditions de l'article 5.
- Pour le retrait d'un bénéficiaire, les modifications prennent effet au 1^{er} du mois qui suit la demande de modification. L'adhérent devra s'acquitter d'un mois plein de la cotisation correspondante, quel que soit le nombre de jours restant du mois entamé.
- Un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire, les modifications prennent effet à la date de saisie de la modification.

- Un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français. Les modifications

prennent effet à la date de saisie de la modification.

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

Article 8.2 - Changement d'option

Tout changement d'option ne pourra intervenir qu'après 12 mois d'adhésion complets et 1 mois de préavis. L'adhérent devra formuler sa demande par écrit. Cette dernière prendra effet 1 mois après la réception de la demande.

Le niveau choisi entraînant la création d'un nouveau contrat, il est soumis à la règle des 12 premiers mois obligatoires sans résiliation et sans modification.

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 conformément aux dispositions de l'article L221-5 du Code de la mutualité.

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 4. - DEMISSION, RADIATION, SUSPENSION

Article 9. - Démission - Résiliation

A l'initiative du membre participant :

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion :

- à l'échéance du 31 décembre minuit de chaque année si elle est notifiée à la Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours. Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année concernée ;
- dans les 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuel de cotisation pour dénoncer le renouvellement de son Adhésion, le cachet de la Poste faisant foi. L'Adhésion cesse alors le 31 décembre à minuit.

Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle, au service résiliation,
- Soit par courriel à l'adresse unique suivante : contact@mutuelle-cpamif.fr,
- Soit par déclaration faite à l'agence du 4/6 rue de Birague 75004 Paris, remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités.

Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en aura reçu notification par le membre participant. Si cette résiliation émane d'un autre organisme assureur, la notification doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique et être accompagnée du mandat donné par le Membre participant.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation. Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.

Décès

En cas de décès, la radiation du membre participant intervient au jour de son décès.

Si le membre participant était ayant droit de l'adhésion, celle-ci continue pour les autres participants, avec une mise à jour de la cotisation.

Si le membre participant était titulaire de l'adhésion et que d'autres membres participants sont également sur celle-ci, une nouvelle adhésion sur la gamme commercialisée actuellement, à savoir Orchidée, sera proposée aux membres restants.

La cotisation du mois entier commencé est due. Aucun prorata, ni remboursement, n'est effectué pour le mois du décès.

La modification d'adhésion ou la radiation sera effectuée sur présentation de l'acte de décès de la personne.

A l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'Adhésion du Membre participant et honoraire :

- En cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article « PAIEMENT DES COTISATIONS » du présent Règlement,
- En cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de **la mutualité, dans les conditions de l'article « RÉTICENCE ET FAUSSE DÉCLARATION »**
- En cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du code de la mutualité, dans les conditions de l'article « RÉTICENCE ET FAUSSE DÉCLARATION »
- En cas de fraude ou de tentative de fraude dans le cadre de la procédure d'exclusion prévue aux statuts de la Mutuelle. La fraude s'entend de tout(e) acte, ou action ou opération réalisé(e) de mauvaise foi dans le but d'obtenir de la Mutuelle des prestations qui ne sont pas dues.

Article 10.- 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.

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

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.

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

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 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 prévus 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.

- 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.

- 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 (complémentaire santé solidaire, 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.

- Frais d'impayés

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

- 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.

- Restitution de la carte Tiers Payant

En cas de suspension, démission, radiation, résiliation, exclusion, l'envoi du certificat de radiation est conditionné à la restitution de la carte TIERS PAYANT et aux remboursements des INDUS.

- Remboursement des indus

Le remboursement des INDUS est obligatoire dans sa totalité, ces derniers peuvent être remboursés en une seule fois par chèque ou virement. En cas d'impossibilité de solder les INDUS en cours, la mise en place d'un échancier de paiement de la dette sera définie entre les deux parties.

- Réticence et fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, l'Adhésion est nulle indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Membre participant, 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.

- Réticence et fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas automatiquement la nullité de l'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. À défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée au Membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la Garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du Risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les Risques avaient été complètement et exactement déclarés.

CHAPITRE 5. – COTISATIONS

Article 11.- 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.

Les cotisations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'Assurance Maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du Bulletin d'adhésion. Toute modification pourra faire l'objet d'une répercussion immédiate sur les cotisations de l'année en cours. Le barème des cotisations est fixé en annexe, selon le type de contrat.

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.

Les taxes, impôts et contributions grevant les cotisations sont calculées au jour de l'échéance des cotisations. Elles sont toujours à la charge du Membre participant de manière que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

Si l'Adhésion prend effet en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'au terme de la première année d'Adhésion.

Pour les couples : GAMME ORCHIS & ORCHIDEE

- Le calcul de la cotisation pour un couple (adhérent + conjoint) est basé sur l'âge moyen du couple. Le résultat obtenu confirme la tranche d'âge de souscription. (Cf exemple dans le tableau).

Exemple :

- 58 ans et 61 ans = 59.5 d'âge moyen donc la cotisation prise en compte est l'adhérent de moins de 60ans.
- 58 et 64 ans = 62 ans d'Age moyen donc la cotisation prise en compte est l'adhérent de plus de 60 ans.

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 12.- 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 mutuelle 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 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.

Les cotisations sont également réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction notamment des résultats du compte technique d'exploitation du présent Règlement mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

La révision des cotisations est notifiée au Membre participant et s'impose à lui [dès la notification, conformément aux dispositions de l'article L221-5 du Code de la mutualité] OU [à défaut de résiliation de l'Adhésion par ses soins dans les [vingt (20)] jours de sa notification.]

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

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

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

13.2 - 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.

13.3 - Le paiement des cotisations

Les cotisations doivent être payées selon les modalités prévues à l'échéancier annuel envoyé à l'adhérente 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, payables au début de chaque terme. Dès l'enregistrement de l'adhésion, une carte de tiers payant est délivrée.

Toute cotisation annuelle inférieure ou égale à 40€ est payable en une fois. En cas de difficultés financières et sur justificatifs, l'adhérent pourra opter pour un changement d'option inférieure sans pénalité.

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

La cotisation est de 16 euros par semestre par adhérent.

Article 13.- Les conditions de remboursement des prestations

Préambule

En tout état de cause, les prestations servies en complément du régime de sécurité sociale français 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, selon 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 6. – PRESTATIONS

Article 14.- Le Droit aux prestations

Les prestations sont dues pour toute la période de paiement des cotisations, hors cas de suspension.

La Mutuelle garantit le versement des Prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la sécurité sociale en tenant compte, pour l'ensemble des Garanties, du respect par le Membre participant et/ou ses Ayants droit du parcours de soins coordonnés.

Le remboursement des prestations se fera dans un délai de deux ans de date à date (c'est-à-dire 2 ans à compter de la date des soins uniquement) et non en fonction de la date de mandatement de la Sécurité Sociale.

Toute prestation réclamée au-delà du délai de 2 ans de date à date sera frappée de forclusion et fera l'objet d'un refus systématique du Service Prestations.

Les Garanties sont exprimées :

- en pourcentage des Bases de remboursement de la sécurité sociale ;
- sous forme de Plafond en euros. Ces Plafonds sont annuels et valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation pour les

affiliations en cours d'année. Ils incluent le remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie. Ces Plafonds peuvent être fixés par acte ou pour un ensemble d'actes selon les Garanties souscrites.

Dans le cadre d'un remboursement à 100 % par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :

- si la Garantie ne prévoit pas de Dépassement d'honoraires, la Mutuelle n'est débitrice d'aucune Prestation ;
- si la Garantie prévoit des Dépassements d'honoraires, la participation de la Mutuelle est minorée du montant du Ticket modérateur.

Les Prestations sont réglées sur la base de la Nomenclature des actes et tarifs appliqués par la sécurité sociale à la date des soins. Les frais non remboursés par la sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de Prestation de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des garanties souscrites.

Pour certains actes non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, et selon les Garanties souscrites, la Mutuelle est en outre susceptible d'intervenir en complément de la Base de remboursement de la sécurité sociale prévue pour les actes de même nature lorsqu'ils sont remboursés.

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

Les frais hospitaliers, selon l'option choisie (forfait journalier, forfait pour chambre particulière et lit accompagnant d'un enfant) seront remboursés, sur présentation de la facture originale acquittée ou du bordereau de facturation acquitté délivrés par la clinique, l'établissement hospitalier ou la trésorerie.

Les cures thermales, selon l'option choisie, font l'objet du versement d'un forfait sur présentation de la facture acquittée de l'hébergeant, de l'attestation de cure ainsi que du décompte de la Sécurité Sociale.

Si la mutuelle CPAMIF est en sur complémentaire, l'adhérent (e) devra transmettre obligatoirement le décompte de sa 1ère mutuelle.

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 ces remboursements, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés. Pour l'orthodontie acceptée ou refusée : La date de saisie prise en compte, sera celle de la facture acquittée et détaillée de l'orthodontiste, précisant la date de début et de fin de traitement ainsi que le nombre de trimestre ou de semestre réalisés afin d'éviter tout doublon.

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. Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), la date du fait générateur est réputée être la date portée sur le décompte de remboursement du régime obligatoire.

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 et en tout état de cause, avant toute cessation de l'assurance.

Les prestations sont réglées :

- Par télétransmission avec les CPAM conventionnées avec la mutuelle sauf opposition de l'adhérent,
- Sur présentation des originaux des décomptes du régime sécurité sociale, ou images décomptes du régime sécurité sociale
- Sur présentation des tickets modérateurs, factures acquittées ou toutes pièces justificatives demandées par la mutuelle en cas de règlement du ticket modérateur (TM) ou du tiers payant de la part obligatoire (TP RO) si télétransmission du régime sécurité sociale (NOEMIE) non réceptionnée par nos services.

Article 15.- 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 français du membre participant ou de ses ayants-droits, 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.

Rappel en cas de soins à l'étranger : seul le ticket modérateur est pris en charge par notre complémentaire santé (30%)

Si les soins à l'étranger sont pris en charge à 100% par la CPAM, aucun règlement de la part complémentaire dans ce cas précis.

Article 16. - Principe Indemnitaire et pluralité des organismes d'assurance

Si le Bénéficiaire a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes



CPAMIF
MUTUELLE SANTÉ

assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire.

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale. » et « Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. »

Article 17. Exclusions de garantie

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes règlementaires d'application, définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire (article L.160-13-II du code de la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés (article L.160-13-III du code de la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :
- Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5111-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
- Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
- Le transport mentionné au 2° de l'article L.160-8 du code de la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- la majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins) ;
- la majoration de participation de l'Assuré qui refusera à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;
- la franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale à hauteur, au moins, du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors Parcours de soins.

Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des garanties souscrites.

- Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Sont exclus les frais d'hébergement liés aux longs séjours en maison de cure médicale et retraite, maisons d'enfant spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médicaux-psycho-pédagogiques, médicaux-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnel.

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties figurant en annexe selon la Formule choisie par le Membre participant.

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

Cas particulier des produits achetés via internet et des produits non remboursés par le régime obligatoire achetés à l'étranger.

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

- Les produits non remboursés par le régime obligatoire et achetés à l'étranger ;
- Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :

Les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre National des pharmaciens sur son site ;

Les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

Article 18 – Contrat responsable

Les prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables ».

La Mutuelle prend ainsi en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité Sociale, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, mais qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon la Formule

choisie par le Membre participant ;

2°/ Si cette garantie est prévue dans la Formule choisie par le Membre participant, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3°/ Les dépenses d'acquisitions des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 (CLASSE A), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

Si la Formule choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (CLASSE B) et dans le respect des limites ci-dessous exposées :

Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;

par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;

par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Lorsque cet équipement (de CLASSE B) est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'Assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie. Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture de CLASSE B est limitée à 100 euros. L'Assuré peut faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (A et B). Ces Garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4°/ Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

5°/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

6°/ A compter du 1er janvier 2021, les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes : à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

Si la Formule choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation

mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée : au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

La Mutuelle exclut par ailleurs la prise en charge de certains actes conformément aux dispositions de l'article « EXCLUSIONS ».

Conformément aux dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes. En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent règlement, les règles du contrat responsable prévaudront.

Article 19.- Condition des garanties

Les garanties dont bénéficient les Assurés figurent en annexe selon la formule souscrite par le Membre participant. Elles peuvent donner lieu à remboursement, si les garanties correspondantes sont prévues dans la formule souscrite par le Membre participant, les frais suivants :

Hospitalisation

Hospitalisation chirurgicale :

- frais chirurgicaux proprement dits (intervention chirurgicale, frais de séjour...),
- Soins préopératoires : ils doivent intervenir avant l'opération et comprennent une consultation ou visite auprès d'un médecin généraliste, une consultation ou une visite auprès d'un chirurgien, une analyse,
- Soins post-opératoires : ils interviennent après suivant l'opération, ils comprennent : une visite ou une consultation auprès d'un médecin généraliste et/ou d'un chirurgien, une analyse, la rééducation, les massages, la gymnastique médicale et l'appareillage provisoire.

Hospitalisation médicale :

- Pour tout séjour en hôpital, clinique ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation.

Hospitalisation à domicile :

- Hospitalisation donnant lieu à une facturation forfaitaire selon un prix de journée et consécutive, sans interruption, à un séjour hospitalier indemnisé par le règlement. La prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation :

- Frais d'hospitalisation liés au séjour (hébergement),
- Honoraires médicaux et paramédicaux, actes de laboratoires,
- Frais de chambre particulière : dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique pour laquelle le remboursement est limité à 30 jours par année civile] ou [dans la limite du Plafond journalier et du nombre de jours par an et par Assuré prévu par la Garantie applicable] [, en fonction du type d'hospitalisation].
- Forfait hospitalier : sans limitation de durée [y compris] ou [à l'exclusion] des frais journaliers afférents aux séjours dans les établissements prévus par les articles L.174-6 du Code de l'action sociale et des familles.
- Participation appliquée aux actes dont le tarif est supérieur à 120 €,
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation [enfant / Ayant droit] de moins de [12 ans] : [sans limitation de durée sauf dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique pour laquelle le remboursement est limité à 30 jours par année civile et sans limite d'âge pour les enfants ou personnes à charge handicapés.] ou [dans la limite du Plafond journalier et du nombre de jours par an et par Assuré prévu par la Garantie applicable] [, en fonction du type d'hospitalisation.]
- Les frais d'accompagnement comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas hors boissons alcoolisées) [de l'un des deux parents] facturés par l'établissement hospitalier.

Pharmacie

Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale selon les taux en vigueur.

- Les médicaments en automédication dont la liste figure en annexe du Tableau de Garanties NE SERONT PRIS EN CHARGE QUE SI LE REGLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE SUR LES DITS MEDICAMENTS.
- LE VACCIN ANTIGRIPPAL non remboursé par la Sécurité Sociale EST PRIS EN CHARGE A HAUTEUR DE 100% DES FRAIS REELS.

Optique

Les équipements optiques pris en charge

Définitions

Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Les équipements optiques sont répartis en deux classes définies comme suit :

- Les équipements optiques de « classe A » :

Ils sont composés de verres et de montures définis réglementairement, dans le cadre du dispositif du « 100% santé », auxquels s'appliquent des prix limites de vente dont le respect s'impose aux opticiens.

- Les équipements optiques de « classe B » :

IL s'agit **de deux verres et une monture** dont les tarifs sont librement fixés par l'opticien.

- Équipements optiques 100% santé (CLASSE A)

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire dans la limite de vente fixé réglementairement, et d'un équipement optique par assuré par période deux ans, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté.

- Pour les enfants de moins de 16 ans :

la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire dans la limite du Prix limite de vente fixé réglementairement, et d'un équipement optique par assuré par période d'un an, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté.

- Équipements optiques de CLASSE B

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : le remboursement de la Mutuelle est limité au plafond prévu par la Garantie et à un équipement optique par assuré pour une période de deux ans, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté.

Pour les enfants de moins de 16 ans : le remboursement de la Mutuelle est limité au plafond prévu par la Garantie et à un équipement optique par assuré pour une période d'un an, période calculée à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf cas de dérogation prévu par arrêté. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

- Équipements optiques mixtes :

Les équipements peuvent être composés d'éléments de la Classe A et d'éléments de la Classe B (exemple : monture de classe B et verres de classe A ou inversement).

[La MUTUELLE rembourse chacun des éléments de l'équipement dans les conditions prévues par la garantie pour chacune des Classes.]

- Les conditions de la prise en charge du renouvellement des équipements optiques :

Elles sont fixées par arrêté et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. A la date d'effet de l'Adhésion, elles peuvent être résumées de la manière qui suit.

- Dégradation de la performance oculaire

Pour les Assurés âgés de 16 ans et plus : par dérogation au plafond biennal visé ci-dessus, les adultes et les enfants d'au moins 16 ans peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale d'un an, lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires dans des proportions répondant aux conditions fixées par arrêté (exemple : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres). Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation soit par une nouvelle prescription médicale soit par la prescription médicale d'origine adaptée par l'opticien-lunetier dans le cadre des dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique. Pour les Assurés âgés de moins de 16 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants de moins de 16 ans, peuvent renouveler les verres de leur équipement optique à tout moment lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste.

Pour les Assurés jusqu'à l'âge de 6 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants de moins de 7 ans, peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale de six mois lorsque ce renouvellement est motivé par une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle.

- Troubles de la réfraction liées à une situation médicale

Par dérogation aux plafonds visés ci-dessus (biennal, les Assurés DE 16 ANS ET PLUS peuvent renouveler les verres de leur équipement optique (**DANS UN DELAI DE 1 AN DE DATE A DATE, A LA DATE DU DERNIER ACHAT DE L'EQUIPEMENT OPTIQUE**), lorsque ce renouvellement est motivé par une évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales précisées par la liste fixée par arrêté. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite évolution par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste QUI DEVRA ETRE COMPARE AVEC SON ANCIENNE ORDONNANCE POUR CONSTATATION DU CHANGEMENT DE DIOPTRIE.

- Lentilles

Les lentilles remboursées par la Sécurité sociale sont remboursées par la Mutuelle dans la limite d'un plafond exprimé par année civile et par Assuré.

Les lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire peuvent être remboursées à condition qu'elles soient [prescrites médicalement par un médecin ophtalmologiste] et délivrées par un opticien agréé par la Sécurité sociale. Ce remboursement s'effectue sur présentation des factures originales, détaillées et acquittées.

[Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.]

[Selon la Formule choisie, les produits d'entretien sont pris en charge au titre de ce forfait.]

- Dentaire

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

- Soins et prothèses 100% santé :

Il s'agit d'actes prothétiques dentaires définis réglementairement auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation dont le respect s'impose aux dentistes et chirurgiens-dentistes. La MUTUELLE prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire au titre de ces actes dans la limite des Honoraires limites de facturation.

- Soins et prothèses hors 100% santé :

Les Prestations de la Mutuelle peuvent dépendre du détail du type de l'acte réalisé (couronne,) ou du type de prothèse (fixe, amovible...), du matériau ou de l'emplacement de la dent.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dit à « honoraires maîtrisés » sont remboursés par la Mutuelle dans la limite du plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la Garantie, et des Honoraires limites de facturation fixés réglementairement lorsque ceux-ci sont inférieurs audit plafond.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dit à « honoraires libres » sont remboursés par la Mutuelle dans la limite du plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la Garantie.

- Pour les prothèses dentaires donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, la prestation inlay core, les autres prothèses, les appareils amovibles et la parodontologie :

la Mutuelle rembourse les actes dans la limite d'un plafond global exprimé par année civile et par Assuré, et d'un plafond par acte exprimé par année civile et par Assuré.

Les **PROTHESES** dentaires non remboursés » par la Sécurité sociale sont remboursés par la Mutuelle, dans la limite d'un plafond global par année civile selon la formule souscrite par le Membre participant. Ce plafond comprend l'ensemble des actes non remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie (à l'exception des actes d'implantologie (uniquement pour les contrats ORCHIDEE), de parodontologie et d'orthodontie qui font l'objet d'une garantie spécifique).]

Les remboursements au titre des soins dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par la formule en dehors du plafond global annuel susvisé soit uniquement à hauteur du ticket modérateur pour le règlement de la part complémentaire.

Les soins d'orthodontie remboursés ou non par l'assurance maladie obligatoire peuvent être pris en charge par la Mutuelle selon les garanties du contrat souscrit.

Dans le cadre des actes en série, et notamment de l'orthodontie, la prestation de la Mutuelle est calculée au prorata du nombre de jours calendaires cotisés durant le semestre de soins, en cas d'affiliation ou de résiliation en cours de semestre.

La Mutuelle ne rembourse pas les implants les prothèses dentaires transitoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. POUR LES CONTRATS ORCHIDEE (forfait annuel pour l'implantologie dès le 12^{ème} mois de présence à la garantie)

- Aides auditives

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020

Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle dans la limite du plafond exprimé par aide auditive, par oreille et par Assuré prévu à la Garantie.

À compter du 1er janvier 2021

- Définitions des prestations

Les aides auditives sont réparties en deux classes définies comme suit :

- Les aides auditives de « Classe 1 » : il s'agit des aides auditives définies réglementairement, relevant du panier « 100% santé », auxquels s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'impose aux audioprothésistes.
- Les aides auditives de « Classe 2 » : il s'agit des aides auditives dont les tarifs sont librement fixés par les audioprothésistes.

- Aides auditives 100% santé (Classe 1) :

La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire dans la limite du Prix de vente fixé réglementairement et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans calculés à compter de la date de la dernière facturation d'une aide ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- Aides auditives hors 100% santé (Classe 2) :

Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle dans la limite **du plafond annuel fixé** exprimé par aide auditive, par oreille et par Assuré prévu à la Garantie et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans calculés à compter de la date de la dernière facturation d'une aide ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- Médecine douce

La Mutuelle peut rembourser les actes des ostéopathes, des chiropracteurs, des acupuncteurs sur présentation d'une facture originale du praticien mentionnant la possession du diplôme d'état dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, dans la limite du plafond annuel par Assuré prévu à la Garantie applicable.

Pour toute discipline, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut de praticien et notamment l'enregistrement du praticien sur le répertoire d'identification des professionnels de santé (ADELI ou RPPS).

- Matériel médical

Les prothèses et les appareillages, autres que les aides auditives, sont remboursés selon leur nature et leur association aux différentes Garanties « MATERIEL MEDICAL » telles que mentionnées au Tableau de Garanties figurant en annexe selon la Formule choisie par le Membre participant, dans la limite d'un **plafond annuel** fixé audit Tableau et exprimé par prothèse.

- Cure thermale

- Cures thermales en hospitalisation : lorsqu'elles sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, elles sont remboursées par la Mutuelle dans le cadre de la garantie « HOSPITALISATION » dans la limite des plafonds prévus à ladite Garantie.
- Cures thermales en externat : la Mutuelle peut rembourser, s'il y a lieu, le Ticket modérateur pour les frais de transport, d'hébergement, de surveillance médicale et les soins pris en charge par la caisse d'assurance maladie obligatoire de l'Assuré, dans la limite du plafond annuel par Assuré prévu à la garantie « CURES THERMALES EXTERNES LIBRES ».

Le forfait hébergement peut faire l'objet d'un remboursement. Auquel cas, la cure doit être prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et ce, même si cette dernière ne prend pas en charge l'hébergement.

- Obsèques

En cas de décès du Membre participant, ou de l'un de ses Ayants droit s'il est assuré, la Mutuelle peut verser à la personne ayant exposé les frais d'obsèques une allocation forfaitaire à concurrence des frais réellement exposés. **L'indemnité s'élève à 762 euros maximum et peut-être versée au notaire en charge de la succession, à l'organisme des pompes funèbres (sous forme de bon de prise en charge) ou au porte fort désigné de la famille ou du défunt (e) pour les contrats ORCHIS 2 ET 3.**

Article 20.- Révision annuelle des garanties

Les niveaux des garanties sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiés notamment en fonction des résultats techniques du Règlement, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale hors hospitalisation et du Plafond de la Sécurité Sociale.

La révision des niveaux de Garanties est notifiée au Membre participant et s'impose dès sa notification au Membre participant.

Article 21. - L'assistance et la protection juridique

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

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droits 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

Dans le cadre du titre III de l'article L 111-1 du Code de la Mutualité, la mutuelle a mis en œuvre, un comité d'entraide ayant pour objet l'attribution d'aides ponctuelles. Le Conseil d'Administration définit annuellement le budget alloué pour la gestion des aides financières.

Ces aides peuvent être augmentées, diminuées ou supprimées, selon les moyens disponibles, par le Conseil d'Administration. Les membres du Comité d'Entraide sont désignés par le premier Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale.

Ils sont chargés d'attribuer, dans les limites du budget alloué annuellement par le Conseil d'Administration et conformément au règlement adopté à cet effet, des aides exceptionnelles aux adhérents et à leurs ayant droits à charge, 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.

Le droit à l'aide financière prend effet après un an d'adhésion pour les membres participants et leurs ayant droits.

Chaque dossier présenté au comité 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

Le délai de renouvellement est d'un dossier par bénéficiaire, tous les deux ans, afin que tous les adhérents puissent en bénéficier équitablement. En ce qui concerne l'attribution des aides exceptionnelles, le comité sera solidairement responsable de sa gestion devant l'Assemblée Générale et présentera chaque année à celle-ci un rapport des aides octroyées sans indication des bénéficiaires. L'attribution aides exceptionnelles de la commission reste à son entière discrétion et peut évoluer chaque année.

CHAPITRE 7. – PRESCRIPTION

Article 26.- Prescription

La prescription est un délai à l'issue duquel vous ne disposez plus d'action pour faire valoir vos droits.

Conformément aux articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. C'est-à-dire à la date des soins. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- 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.

En cas de 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 portée à dix ans lorsque le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité et, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre participant décédé dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts pour donner suite à la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (art 2240 du code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (art 2241 du Code civil) ;
- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. (art 2244 du Code civil) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ses héritiers. (art 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. (art 2246 du Code civil).
- Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

CHAPITRE 8. - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27.- Loi Informatique et Libertés

Les informations nominatives concernant le Membre participant qui sont recueillies par la Mutuelle, font l'objet de traitements qui peuvent être fondés : sur l'exécution du contrat et des mesures précontractuelles (1), sur le respect d'obligations légales (2) auxquelles la Mutuelle est soumise, et sur le consentement (3). La Mutuelle est considérée comme responsable des traitements au sens du Règlement Général sur la Protection des données. Les finalités de ces traitements sont de :

- Gérer l'Adhésion du Membre participant (1 et 2) ;
- Permettre la prise en charge des prestations (1) ;
- Permettre la participation de l'Adhérent aux élections et à la vie de la mutuelle dans les conditions statutaires (1),
- Effectuer des contrôles et lutter contre la fraude (1 et 2),
- Interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle (3)
- Proposer des garanties complémentaires à titre individuel (3)

Lorsque les traitements sont effectués avec le consentement de l'adhérent (3), le consentement peut être retiré à tout moment. Les données personnelles collectées au titre de la gestion de l'Adhésion peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude ou contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (2), afin de prévenir, de détecter ou de gérer des opérations, actes ou omissions à risques, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Elles peuvent par ailleurs être communiquées aux destinataires suivants :

- aux banques de la Mutuelle pour le versement des Prestations et le prélèvement des cotisations,

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne l'Adhésion. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'Adhésion.

Le Délégué à la Protection des Données peut être contacté :



CPAMIF
MUTUELLE SANTÉ

Par voie postale à l'adresse suivante :

Mutuelle CPAMIF DPO, 21 rue du faubourg saint Antoine, 75011 Paris

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, 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. Ils peuvent exercer leurs droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après leurs décès, en adressant une demande par lettre simple ou par courrier électronique au Délégué à la Protection des Données personnelles (DPO).

Le Membre participant peut également adresser une réclamation concernant le traitement de ses données personnelles auprès de la Commission Nationale de L'informatiques et des Libertés, 3 Place de Fontenoy, TSA 80175, 75334 PARIS CEDEX 07.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre participant ou, le cas échéant, aux Enfants ou au Conjoint, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article

L. 1461-3 du code de la santé publique. La durée de conservation des données personnelles après une résiliation de l'Adhésion ne pourra excéder dix (10) années, sauf obligation légale contraire.

Article 28.- Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le Bulletin signé par le Membre participant,
- le présent Règlement mutualiste,
- les statuts de la Mutuelle.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du présent Règlement, ce sont celles du bulletin d'adhésion qui l'emporte.

Les titres des articles du présent Règlement n'ont qu'une valeur classificatoire. Le Bulletin d'adhésion, le Règlement et les statuts de la Mutuelle, expriment l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du Bulletin d'adhésion, du Règlement ou des statuts de la Mutuelle, serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du Règlement.

Article 29.- Opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la Consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, les Assurés peuvent s'opposer au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr/.

Toutefois, cette demande ne pourra être prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui lie le Membre Participant avec la Mutuelle, sous réserve d'opposition expresse du Membre participant à la prospection commerciale.

Article 30.- 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) 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 31.- Réclamation et Médiation

– 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, 21 rue du faubourg Saint Antoine, 75011 Paris](#)

A compter de la date de réception de la demande, le service réclamation envoie sous un délai de dix jours ouvrables :

- 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 date d'envoi de la réponse définitive apportée à l'adhérent sera rendue dans un délai de deux mois maximums suivant la réception de la dernière des pièces complémentaires du dossier.

– 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 précédent, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désignée Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

- Par voie postale à l'adresse suivante :

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

- Par le site extranet de la FNMF, <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

La durée de la médiation est, en principe, de 90 jours à partir du moment où le Médiateur dispose de tous les éléments sur lesquels est fondée la demande. Le Médiateur informe les parties du départ de ce délai. Celui-ci peut être allongé pour des litiges complexes. Le délai prévu par la réglementation commence à courir au moment de la réception des documents sur lesquels sont fondés la demande du consommateur. Ces documents doivent donc être transmis lors de la saisine.

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.

Article R.612-5 du code de la consommation

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.