



RÈGLEMENT MUTUALISTE



Règlement Mutualiste approuvé par l'Assemblée Générale du 26 septembre 2020.

SOMMAIRE

RÈGLEMENT MUTUALISTE	3
CHAPITRE 1^{ER} - L'ADHÉSION À LA MUTUELLE 403	3
SECTION 1 - OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS	3
ARTICLE 1 ^{ER} - L'ADHÉSION	3
SECTION 2 - LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	3
ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	3
ARTICLE 3 - LES CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES	3
ARTICLE 4 - JUSTIFICATIFS ET MISE A JOUR DE SITUATIONS	4
CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE 403.....	4
SECTION 1 - DES ADHÉRENTS INDIVIDUELS	4
ARTICLE 5 - DROIT D'ADMISSION.....	4
ARTICLE 6 - EXONÉRATION DU DROIT D'ADMISSION	5
ARTICLE 7 - STAGE	5
ARTICLE 8 - COTISATIONS - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
ARTICLE 9 - COTISATIONS DES MEMBRES HONORAIRES	5
ARTICLE 10 - CHANGEMENT DE GARANTIE	6
ARTICLE 11 - APPEL DE COTISATIONS	6
ARTICLE 12 - FRÉQUENCE ET MODE DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 13 - EXONÉRATION DE COTISATIONS.....	6
ARTICLE 14 - LA CARTE D'ADHÉRENT.....	6
ARTICLE 15 - PRESTATIONS INDUES	6
ARTICLE 16 - DU DROIT À PRESTATIONS	7
ARTICLE 17 – SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS.....	7
ARTICLE 18 - REMBOURSEMENT DES COTISATIONS	7
SECTION 2 - ADHÉRENTS BÉNÉFICIAIRES DE CONTRATS COLLECTIFS À CARACTÈRE OBLIGATOIRE OU FACULTATIF	7
CHAPITRE 3 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS	7
SECTION 1 - PRESTATIONS - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
ARTICLE 19 - DÉTERMINATION DES PRESTATIONS.....	7
ARTICLE 20 - INTERVENTIONS DE LA MUTUELLE 403	8
ARTICLE 21 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS	8
ARTICLE 22 - FIXATION DES PRESTATIONS	8
SECTION 2 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS	9
ARTICLE 23 - VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	9
ARTICLE 24 - DROIT AUX PRESTATIONS POUR LE NOUVEAU-NÉ OU L'ENFANT ADOPTÉ.....	9
ARTICLE 25 - LIBRE CHOIX.....	9
SECTION 3 - MODE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS - FORCLUSION	9
ARTICLE 26 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	9
ARTICLE 27 - MODE DE PAIEMENT	9
ARTICLE 28 - REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE À UN AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE	10
ARTICLE 29 - PRESCRIPTION	10
SECTION 4 - PRESTATIONS GARANTIES	11
ARTICLE 30 – SOINS COURANTS	11
ARTICLE 31 – SOINS COURANTS AVEC DÉPASSEMENT	11
ARTICLE 32 – OPTIQUE	11
ARTICLE 33 – DENTAIRE	12
ARTICLE 34 – AUDIOPROTHÈSES	13
ARTICLE 35 - CURE THERMALE.....	13

ARTICLE 36 - HOSPITALISATION	13
ARTICLE 37 - FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	13
ARTICLE 38 - CHAMBRE PARTICULIÈRE POUR HOSPITALISATIONS MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRIQUE	13
ARTICLE 39 - FRAIS D'ACCOMPAGNANT	14
ARTICLE 40 - FRANCHISE DE 24 €.....	14
ARTICLE 41 – FORFAIT NAISSANCE	14
ARTICLE 42 - ALLOCATION AUX FRAIS D'OBSÈQUES.....	14
SECTION 5 - PRESTATIONS NON GARANTIES	14
ARTICLE 43 - EXCLUSIONS	14
SECTION 6 - SUBROGATION	15
ARTICLE 44 - SUBROGATION.....	15
ARTICLE 45 - ACCIDENTS.....	15
CHAPITRE 4 - RÉSILIATION / RADIATION DU CONTRAT	16
ARTICLE 46 - RÉSILIATION	16
ARTICLE 47 - RADIATION.....	17
ARTICLE 48 – DROIT DE RÉTRACTATION EN CAS DE DÉMARCHAGE	17
ARTICLE 49 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE	17
ARTICLE 50 - CHANGEMENT DE SITUATION	18
CHAPITRE 5 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION.....	18
ARTICLE 51 - RÉCLAMATION	18
ARTICLE 52 - MÉDIATION	19
CHAPITRE 6 - DISPOSITIONS DIVERSES	19
ARTICLE 53 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	19
ARTICLE 54 - ACCÈS AUX ŒUVRES ET SERVICES MUTUALISTES	19
ARTICLE 55 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL – DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	19
ARTICLE 56 - ORGANISME DE CONTRÔLE	21
ARTICLE 57 – LOI APPLICABLE.....	21
CHAPITRE 7 - ACTION SOCIALE	21
ARTICLE 58 - COMMISSION D'ACTION SOCIALE	21
ARTICLE 59 - SECOURS EXCEPTIONNELS	21
ARTICLE 60 - AIDES MÉNAGÈRES.....	21
ARTICLE 61 - PRÉVENTION	21
CHAPITRE 8 - CONVENTIONS ET CONTRATS D'ASSURANCES CONCLUS POUR DES GARANTIES SPÉCIFIQUES.....	22
ARTICLE 62 - GARANTIE ASSISTANCE À DOMICILE	22
ARTICLE 63 - GARANTIES PRÉVOYANCE, VIE, DÉCÈS, PERTE D'EMPLOI, CAUTION, RETRAITE, ÉPARGNE, ASSISTANCE	22
ANNEXES.....	23
LES PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS	23

RÈGLEMENT MUTUALISTE



PRÉAMBULE

La MUTUELLE 403, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, en application des dispositions de l'article L.114-1 du présent Code et conformément à l'article 4 de ses statuts, a adopté en Assemblée Générale, réunie le 26 septembre 2020, le présent règlement mutualiste qui définit les engagements réciproques entre la MUTUELLE 403 et ses membres relativement aux cotisations et prestations.

Le présent règlement ainsi que les garanties assurées directement par la MUTUELLE 403 peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale conformément aux dispositions prévues par le Code de la Mutualité et les Statuts de la MUTUELLE 403.

Compte tenu de la date d'élaboration du présent règlement, tout nouveau texte législatif ou réglementaire s'appliquera de plein droit dès l'instant où il sera d'ordre public et sera intégré dans la version du règlement validée par la plus proche Assemblée Générale de la MUTUELLE 403.

CHAPITRE 1^{ER} - L'ADHÉSION À LA MUTUELLE 403

SECTION 1 - OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS

ARTICLE 1^{ER} - L'ADHÉSION

L'adhésion est constatée par la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des Statuts et du Règlement Intérieur de la MUTUELLE 403 et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste. Les membres participants sont les personnes physiques affiliées à un Régime Obligatoire de Sécurité Sociale qui bénéficient des prestations des couvertures individuelles de la MUTUELLE 403 à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent droit le cas échéant à leurs ayants-droit.

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives nécessaires, sous réserve que le membre participant n'ait pas expressément renoncé à son adhésion dans le délai de réflexion préalable fixé par la législation en vigueur. En cas de renonciation, la MUTUELLE 403 restitue sous 30 jours les cotisations encaissées.

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement.

SECTION 2 - LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Sont bénéficiaires des prestations servies par la MUTUELLE 403, les membres participants (et leurs ayants droit éventuels) ayant fait acte d'adhésion par la signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion peut être personnelle ou familiale.

ARTICLE 3 - LES CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES

Les membres de la MUTUELLE 403 se répartissent en quatre catégories de bénéficiaires. Ces catégories sont les suivantes :

1^o- Catégorie des Assurés sociaux relevant du Régime Général d'Assurance Maladie ou d'un régime particulier :

Cette catégorie est ouverte aux ressortissants du Régime Général des salariés, des Régimes sociaux ou particuliers, et des Assurances sociales agricoles, aux ressortissants de l'Assurance Maladie des exploitants agricoles instituée par la loi n° 61-89 du 25 Janvier 1961.

Cette catégorie est divisée en 9 sous-catégories :

- bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale, du Régime Obligatoire des salariés agricoles et du Régime des exploitants agricoles ;

- bénéficiaires de la Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F. ;
- bénéficiaires de l'article 115 des pensions militaires ou bénéficiaires de la garantie intégrale par la Sécurité Sociale ;
- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour toutes affections auprès d'un Régime Obligatoire des salariés au titre de l'invalidité ;
- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour l'affection invalidante auprès d'un Régime Obligatoire des salariés ;
- bénéficiaires du Régime Obligatoire des salariés agricoles et de la Caisse de Prévoyance des Cadres d'Exploitations Agricoles ;
- bénéficiaires du Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale et de la Caisse de Prévoyance des Clercs et Notaires ;
- bénéficiaires du Régime Minier ;
- bénéficiaires du Régime local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle.

2°- Catégorie des Assurés sociaux relevant du Régime d'Assurance Maladie des Travailleurs non-salariés :

Cette catégorie est ouverte aux ressortissants de l'Assurance Maladie Obligatoire des travailleurs non-salariés des professions non agricoles instituée par le Titre 1^{er} du Livre VI du Code de la Sécurité Sociale. Cette catégorie est divisée en 3 sous-catégories :

- bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire des travailleurs non-salariés des professions non agricoles instituée par le Titre 1^{er} du Livre VI du Code de la Sécurité Sociale ;
- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour l'affection invalidante auprès d'un Régime Obligatoire des travailleurs non-salariés ;
- bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour toutes affections auprès d'un Régime Obligatoire des salariés au titre de l'invalidité.

3°- Catégorie CSS :

Cette catégorie est ouverte aux adhérents bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire et pour lesquels la MUTUELLE 403 est inscrite en tant que gestionnaire du dispositif pour le compte de l'Etat.

4°- Catégorie ACS :

Cette catégorie est ouverte aux adhérents bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé.

ARTICLE 4 - JUSTIFICATIFS ET MISE A JOUR DE SITUATIONS

Au moment de l'adhésion, l'adhérent certifie sincères et véritables les indications fournies. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa radiation.

Seul l'adhérent (souscripteur du contrat) et non l'ayant droit, a la faculté de modifier le contrat.

L'adhérent s'engage à fournir, à la MUTUELLE 403, l'attestation délivrée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie dont il dépend.

En cas de changement de caisse d'affiliation, chaque adhérent s'engage à prévenir la MUTUELLE 403 dans le mois qui suit ce changement. Il en découlera sa mutation dans une catégorie appropriée à son nouveau Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

De la même façon, lors d'un changement de situation en cours d'année entraînant un changement de la cotisation (mariage, PACS, concubinage, divorce, naissance, adoption, décès, suppression ou ajout de bénéficiaires...), le changement de situation doit être formulé par écrit dans le délai d'un mois à compter de l'événement, afin que la couverture puisse intervenir au 1^{er} jour du mois suivant l'événement à l'origine de la demande de changement, à condition que les justificatifs nécessaires aient été fournis par le membre participant.

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE 403

SECTION 1 - DES ADHÉRENTS INDIVIDUELS

ARTICLE 5 - DROIT D'ADMISSION

Un droit d'admission, dans le cadre d'une adhésion faite à titre individuel ou familial, est perçu lors de l'inscription :

- de 0 à 40 ans : 15 € ;
- de 41 à 45 ans : 25 € ;

- de 46 à 50 ans : 50 € ;
- de 51 à 55 ans : 80 € ;
- de 56 à 60 ans : 110 € ;
- de 61 à 65 ans : 140 € ;
- plus de 65 ans : 155 €.

Ce droit d'admission est réclamé lors de l'adhésion en fonction de l'âge et /ou de la garantie choisie par le membre participant.

Cette somme est versée intégralement avec la première cotisation.

Le montant de ce droit d'admission peut être modifié par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation reçue à cet effet par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 6 - EXONÉRATION DU DROIT D'ADMISSION

Toute modification de garantie ne donne pas lieu au paiement de droit d'admission.

ARTICLE 7 - STAGE

Les membres participants et leurs ayants droit tels que définis à l'article 2 ci-dessus ne bénéficient des avantages de la MUTUELLE 403 qu'après avoir payé la cotisation statutaire et avoir accompli un stage fixé à :

- 3 mois : Prestations chirurgie (hors Ticket Modérateur - TM - pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Prestations maladie (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Hospitalisation (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Chambre particulière ;
- 3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;
- 3 mois : Soins dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Optique, Orthopédie, Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 1 an : Forfait naissance ;
- 1 an : Allocation obsèques ;
- 1 an : Cure.

L'absence de délais de stage est possible, en cas de dérogation commerciale exceptionnelle et justifiée, ou lorsque le prospect produit un certificat de radiation de sa précédente mutuelle adhérente à la FNMF pour des garanties souhaitées équivalentes à celles qu'il détenait.

En cas de changement de garantie à la hausse, les délais de stage sont applicables.

En cas de changement de garantie à la baisse, les délais de stage ne sont pas applicables.

ARTICLE 8 - COTISATIONS - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, pour eux-mêmes et leurs ayants droit, qui est affectée à la couverture des prestations garanties directement par la MUTUELLE 403. Cette cotisation peut être revalorisée en cours d'année par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration sur délégation reçue à cet effet par l'Assemblée Générale.

Le paiement de cette cotisation peut être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. Toutefois le paiement trimestriel ou mensuel ne peut se faire que par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

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

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques (Fédérations, Unions, etc.), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

A cette cotisation s'ajoute également la cotisation correspondant à l'abonnement à la revue trimestrielle « 403 Le Magazine ».

Les cotisations restent dues pendant la maladie et sont éventuellement retenues sur les prestations versées.

ARTICLE 9 - COTISATIONS DES MEMBRES HONORAIRES

Tout membre honoraire paie une cotisation de 20 € par an.

ARTICLE 10 - CHANGEMENT DE GARANTIE

Le changement de garantie intervient au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit celui où la demande a été reçue. Il est formalisé par la signature d'un avenant, les nouvelles garanties s'appliquant à tous les bénéficiaires inscrits sur le même dossier. Un nouvel avis d'appel de cotisations est édité pour tenir compte du prorata du montant des nouvelles cotisations.

Les changements de garantie, pour une garantie inférieure à celle dont bénéficie l'adhérent, ne sont autorisés qu'après 12 mois de cotisations dans la garantie précédente. Il ne peut être abrogé à cette disposition en cas de baisse de garantie que si l'adhérent établit que des circonstances particulières notamment économiques (baisse des revenus, chômage partiel ou total) lui imposent de procéder à cette modification.

ARTICLE 11 - APPEL DE COTISATIONS

Les cotisations sont appelées par un avis d'« appel de cotisations semestriel ou annuel » en fonction de la garantie souscrite et/ou du mode de paiement choisi, adressé directement à l'adhérent. La non-réception de l'avis d'appel par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la MUTUELLE 403.

Les cotisations dues par les adhérents inscrits à titre individuel varient en fonction de la garantie souscrite, de la catégorie à laquelle ils appartiennent et pour toutes les garanties, de l'âge de l'adhérent au moment de l'émission de l'appel de cotisations.

La cotisation est déterminée par tranche d'âge. Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieur en fonction de l'âge atteint, s'effectue au premier jour effectif du mois qui suit celui où l'adhérent atteint l'âge anniversaire limite pour l'application du tarif de la tranche d'âge qui lui est appliqué.

ARTICLE 12 - FRÉQUENCE ET MODE DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

La fréquence de règlement est conditionnée par le mode de règlement des cotisations :

1°- Fréquence annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle pour l'adhérent qui souhaite s'acquitter de ses cotisations par prélèvement automatique.

Pour ce mode de règlement, l'adhérent peut choisir la date du prélèvement soit le 5 ou le 15. Les dates de prélèvement et les montants prélevés sont portés à sa connaissance par le biais d'un échéancier.

2°- La fréquence de règlement est semestrielle ou annuelle lorsque l'adhérent choisit un autre mode de paiement (chèque, carte bancaire, espèces).

Dans ce cas, l'adhérent doit s'acquitter de ses cotisations avant le 1^{er} jour de la période de garantie appelée.

ARTICLE 13 - EXONÉRATION DE COTISATIONS

Dans le cadre d'une adhésion familiale, il y a exonération de cotisations au-delà du deuxième enfant.

Sont considérés comme enfants, ceux non-salariés ou en apprentissage n'ayant pas atteint leur 18^{ème} anniversaire.

ARTICLE 14 - LA CARTE D'ADHÉRENT

La carte d'adhérent est jointe à l'avis d'appel de cotisations.

Elle est validée au semestre ou à l'année en fonction du mode de règlement et/ou de la garantie souscrite, ou par dérogation à toute autre périodicité.

Cette carte atteste des droits de l'adhérent.

Cette carte est à conserver avec celle d'Assuré Social pour toutes démarches en cas d'hospitalisation.

Cette carte permet également, en fonction des accords conclus par la MUTUELLE 403 avec les Professionnels de Santé, et/ou si les Professionnels de Santé l'acceptent, de bénéficier de la dispense d'avance de frais appelée « Tiers Payant » auprès notamment des Pharmacies, Laboratoires d'Analyses Médicales, Cabinets de Radiologie et des Centres d'Optique, d'Acoustique et Dentaires.

Cette carte est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont effectivement réglées.

Dans le cas d'un non-paiement, d'une radiation, d'un changement d'état civil, d'adresse, de situation familiale, de Régime Obligatoire, la carte d'adhérent doit être retournée à la MUTUELLE 403, pour annulation ou rectification. Le membre participant s'engage également, pour lui-même et ses ayants-droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé.

ARTICLE 15 - PRESTATIONS INDUES

Au cas où l'adhérent aurait perçu indûment des prestations de la MUTUELLE 403 et pour quelque cause que ce soit, celui-ci s'engage à acquitter la dette dont il est personnellement redevable.

ARTICLE 16 - DU DROIT À PRESTATIONS

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations et/ou ne pas faire l'objet d'une suspension de garanties.

ARTICLE 17 – SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement 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 403 a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité.

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

Les montants des cotisations dues peuvent être majorés de frais de mise en demeure d'un montant de dix (10) euros et éventuellement assortis de tous les frais de recouvrement liés au non-paiement des cotisations.

ARTICLE 18 - REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

Les remboursements de cotisations peuvent éventuellement être effectués sur demande et après retour de la carte d'adhérent dans les cas suivants :

- 1°- Décès de l'adhérent : la radiation prend effet à la fin du mois où le décès est survenu. Les cotisations réglées au moment du décès et pour la période postérieure à celui-ci, seront remboursées au conjoint survivant ou à défaut, à tout membre de la famille ayant acquitté les cotisations en lieu et place de l'adhérent décédé ou à défaut à tout membre de la famille ayant acquitté les frais d'obsèques, ou à défaut aux héritiers (sur production d'un justificatif) ;
- 2°- En cas d'obligation faite à l'assuré de s'affilier au régime de complémentaire santé collective à caractère obligatoire mis en place dans l'entreprise qui l'emploie et sur justificatif de celle-ci. En tout état de cause, la démission ne pourra être enregistrée qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par la MUTUELLE 403 du justificatif (attestation délivrée par l'employeur) et sous réserve du retour de la carte d'adhérent ;
- 3°- Attribution de la Complémentaire Santé Solidaire gratuite (CSS) (suivant attestation fournie par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie d'appartenance). La bascule des bénéficiaires de la couverture individuelle vers la CSS intervient à la date de prise d'effet du dispositif ;
- 4°- En cas d'application du dispositif Loi Chatel tel que prévu à l'article L221-10-1 du Code de la Mutualité ;
- 5°- En cas de dénonciation de l'adhésion au titre du dispositif de résiliation infra-annuelle tel que prévu à l'article L221-10-2 du Code de la Mutualité, et ce dès lors que ce dispositif est entré en vigueur.

SECTION 2 - ADHÉRENTS BÉNÉFICIAIRES DE CONTRATS COLLECTIFS À CARACTÈRE OBLIGATOIRE OU FACULTATIF

Outre les dispositions du présent règlement, les droits et obligations des groupes collectifs sont définis dans les contrats de garantie collective – soit à caractère obligatoire, soit à caractère facultatif – souscrits entre un groupe signataire, personne morale et la MUTUELLE 403.

CHAPITRE 3 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS**SECTION 1 - PRESTATIONS - DISPOSITIONS GÉNÉRALES****ARTICLE 19 - DÉTERMINATION DES PRESTATIONS**

Les prestations proposées par la MUTUELLE 403 à ses adhérents sont déterminées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation exprimée par l'Assemblée Générale.

Les modifications s'appliquent aux adhérents concernés dans les conditions et date d'effet fixées par l'instance statutaire habilitée.

Chaque adhérent a connaissance des modifications apportées.

Les modifications des montants des prestations et cotisations peuvent être communiquées aux adhérents par l'intermédiaire de la revue « 403 Le Magazine ».

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie sont modifiés en cours d'année, la MUTUELLE 403 se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

ARTICLE 20 - INTERVENTIONS DE LA MUTUELLE 403

Les prestations sont réunies sous différentes garanties proposées à l'adhérent qui s'engage au paiement de la cotisation correspondante selon les modalités exposées aux articles concernés ci-dessus.

La participation de la MUTUELLE 403 ne peut porter que sur des actes réellement effectués et qui interviennent postérieurement à l'adhésion.

Les taux mentionnés au titre des remboursements des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle...). Le remboursement total perçu par le membre participant (MUTUELLE 403 + Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie) sera identique quel que soit le taux appliqué par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge par la MUTUELLE 403, lorsque le niveau de garantie choisi par le membre participant le prévoit. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérents à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) et pour les médecins n'adhérant pas au dispositif. Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, le membre participant bénéficie d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité Sociale. Pour connaître les médecins adhérent à un DPTAM, il est possible de consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO). Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

La MUTUELLE 403 peut également verser à l'adhérent des prestations supplémentaires au titre d'une participation aux frais non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie et ce conformément à la garantie souscrite par l'adhérent.

La MUTUELLE 403 n'intervient pas dans le remboursement des soins médicalement non justifiés (honoraires, prescriptions, ...).

Les frais engagés à l'étranger par des bénéficiaires affiliés à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie seront remboursés par la MUTUELLE 403 conformément aux garanties choisies par le membre participant et sous réserve d'une prise en charge par l'un des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie français.

ARTICLE 21 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la MUTUELLE 403, ou un autre organisme assureur, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la MUTUELLE 403 seraient réduites à due concurrence.

L'adhérent recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la MUTUELLE 403, sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

ARTICLE 22 - FIXATION DES PRESTATIONS

Les prestations accordées par la MUTUELLE 403 varient selon :

- la catégorie du bénéficiaire définie à l'article 3 du présent règlement, et les dispositions de son Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ;
- le risque ;
- la garantie souscrite ;
- les conditions de stage ;
- l'âge du bénéficiaire ;

Les prestations sont calculées sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance Maladie.

SECTION 2 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

ARTICLE 23 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations par la MUTUELLE 403 est subordonné :

- à la situation à jour des cotisations de l'adhérent ;
- au paiement (selon les systèmes de télétransmission en place) de la part prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, à la production du décompte original établi par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, à la présentation de la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ou de tout autre justificatif nécessaire au déclenchement du paiement de la prestation ;
- à la prise en charge de la prestation par la garantie souscrite au jour de la réalisation de la prestation ;
- à l'accomplissement des stages tels que définis par la garantie ;
- au respect, par l'adhérent, de toutes les règles que la MUTUELLE 403 est en droit de prescrire.

Toutes les prestations de l'ensemble des bénéficiaires d'un dossier sont allouées au membre participant ou, à titre individuel, à tout ayant droit de plus de seize ans qui en a fait la demande.

ARTICLE 24 - DROIT AUX PRESTATIONS POUR LE NOUVEAU-NÉ OU L'ENFANT ADOPTÉ

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté doit être enregistrée dans la même garantie que celle de ses parents. Le droit à la couverture immédiate des frais de santé lui est ouvert si l'inscription est enregistrée le mois de sa naissance ou son adoption. Passé ce délai, les stages statutaires sont appliqués.

ARTICLE 25 - LIBRE CHOIX

Le principe du libre choix du praticien et de l'établissement de soins est respecté. Les actes et soins donnent lieu à remboursement par la MUTUELLE 403, sous réserve :

- que les dispositions de l'article 16 soient remplies ;
- que le praticien exerce légalement son activité et que les établissements de soins soient agréés par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

SECTION 3 - MODE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS - FORCLUSION

ARTICLE 26 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par la MUTUELLE 403 :

- soit directement aux adhérents ;
- soit directement aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base des conventions de tiers payant conclues à cet effet avec la MUTUELLE 403.

En dehors des dispenses d'avance de frais et conventions passées entre la MUTUELLE 403 et des professionnels de santé ou établissements de soins et des nouveaux systèmes de paiement conventionnellement acceptés par la MUTUELLE 403, l'adhérent règle directement aux professionnels de santé et établissements de soins les sommes qui leur sont dues.

ARTICLE 27 - MODE DE PAIEMENT

Les prestations sont payées par virement sur compte bancaire, postal ou autre.

L'information des remboursements effectués est communiquée à l'adhérent :

- soit par l'édition et l'envoi d'un relevé de prestations effectué pour tout paiement dont le montant est supérieur ou égal à 14,00 €. Ce montant peut être modifié à tout moment par décision du Conseil d'Administration.
- soit, à sa demande, par l'envoi d'un relevé de prestations par mail.

L'adhérent peut également consulter sur le site Internet de la MUTUELLE 403 les prestations qui lui ont été réglées.

ARTICLE 28 - REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE À UN AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

En cas de survenance d'un risque particulier ayant fait l'objet, dans le cadre d'une coassurance, d'une assurance spéciale de la MUTUELLE 403 auprès d'un autre Organisme, la MUTUELLE 403 n'intervient qu'à titre complémentaire de l'indemnité versée par ledit Organisme.

L'adhérent qui recevrait un remboursement pour des frais pris en charge et payés par la MUTUELLE 403 au titre de la même intervention est tenu d'en faire la déclaration dans les huit jours du reçu de la somme, et de reverser à la MUTUELLE 403 les frais dont elle a fait indûment l'avance.

ARTICLE 29 - PRESCRIPTION

1°- Modalités de la prescription :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

a) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance ;

b) 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 ou l'Union 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.

Conformément à l'article L221-11, alinéa 5 du Code de la Mutualité, la prescription est portée à dix ans lorsque, pour la mise en œuvre de la garantie « Allocation obsèques », le bénéficiaire n'est pas le membre participant.

2°- Interruption de la prescription :

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 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 avis 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (Article 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 ; Cependant l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil).
- l'interpellation fait au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil) ; Cependant l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

3°- Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarant que la médiation est terminée.

SECTION 4 - PRESTATIONS GARANTIES

Toutes les prestations prises en charge dans le cadre de la couverture de toutes les garanties de la MUTUELLE 403, et plus particulièrement les montants des forfaits validés par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration, ne sont pas précisées dans le présent règlement mutualiste.

Le présent règlement mutualiste renvoie systématiquement aux tableaux de garanties choisies par le membre participant que la MUTUELLE 403 délivre préalablement à son adhésion.

ARTICLE 30 – SOINS COURANTS

Lorsque la garantie choisie par le membre participant est conforme à la réglementation relative aux contrats responsables, la MUTUELLE 403 assure le remboursement a minima du ticket modérateur. Par conséquent, sous réserve des exceptions listées ci-dessous et des périodicités de prise en charge en Optique, Dentaire, et Audiologie, les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (couramment dénommés tarif de responsabilité ou tarif opposable) pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement au titre du ticket modérateur, figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé ;
- les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65% ;
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R. 160-5 du Code de la Sécurité Sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge ;
- les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100% santé) ou non ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale à prise en charge renforcée ou non ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la Sécurité Sociale.

Par exception, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).

La majoration de la participation de l'assuré, tout comme les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables. Lorsque la garantie choisie par le membre participant n'est pas conforme à la réglementation relative aux contrats responsables, la MUTUELLE 403 peut assurer le remboursement d'une partie du ticket modérateur.

ARTICLE 31 – SOINS COURANTS AVEC DÉPASSEMENT

La MUTUELLE 403 peut verser un complément aux frais médicaux mentionnés à l'article 34 selon la garantie souscrite par l'adhérent et dans la limite des frais réellement engagés à condition que lesdits frais résultent d'actes médicalement justifiés. Ce complément est exprimé en pourcentage du tarif de responsabilité des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ou sous forme de forfait.

Le remboursement s'effectue soit au vu des décomptes télétransmis, soit sur présentation des décomptes originaux des Caisses de Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie. Dans les deux cas, l'adhérent pourra être tenu de transmettre les factures acquittées à la MUTUELLE 403.

ARTICLE 32 – OPTIQUE

Dans le cadre de garanties choisies en conformité avec la réglementation relative aux contrats responsables, ces garanties couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé, c'est-à-dire, en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents

ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Si la garantie propose une couverture des frais exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par la garantie.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'adhérent opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente (cf. annexe 3). Si la garantie alloue spécifiquement, au sein des garanties optique, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties. Lorsque l'adhérent fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'adhérent (ticket modérateur) et la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats responsables ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées par la réglementation, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue. Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. La MUTUELLE 403, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assure de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'adhérent concerné.

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

ARTICLE 33 – DENTAIRE

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements dit 100% santé pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

La réglementation relative aux contrats responsables impose la création de trois (3) paniers dont les contenus, les bases de remboursement, les honoraires limites de facturation vont évoluer entre les années 2020 à 2023.

Le panier 100% santé est institué depuis le 1^{er} janvier 2020 et son contenu évoluera en 2021.

Les soins et prothèses dentaires du panier à tarifs maîtrisés sont remboursés par la MUTUELLE 403 à hauteur des frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur, conformément au montant

prévu par la garantie choisie par le membre participant et dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).

Pour les soins et prothèses dentaires du panier à tarif libre, la MUTUELLE 403 rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur, conformément au montant prévu par la garantie choisie par le membre participant.

ARTICLE 34 – AUDIOPROTHÈSES

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements dit 100% santé en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP.

A compter du 1^{er} janvier 2021, pour les appareillages de classe I, tels que définis réglementairement, la MUTUELLE 403 rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur, conformément au montant prévu par la garantie choisie par le membre participant et sans pouvoir dépasser des prix limites de vente de 950€ pour le membre participant ayant plus de 20 ans et de 1400€ pour le membre participant ayant au plus 20 ans.

Les garanties ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. La MUTUELLE 403, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assure de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

ARTICLE 35 - CURE THERMALE

1°- Honoraires de surveillance, forfait thermal, frais d'hébergement, frais de transport : la MUTUELLE 403 peut rembourser le ticket modérateur de ces actes lors d'une cure thermique.

2°- Forfait cure : la MUTUELLE 403 peut verser un forfait pour les dépenses directement liées à une cure thermique (soins thermaux et/ou frais d'hébergement et/ou frais de transport) prise en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie selon la garantie souscrite par l'adhérent et dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 36 - HOSPITALISATION

La MUTUELLE 403 prend en charge sur la base du tarif accepté par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie le ticket modérateur dans la limite de 30 jours continus.

Les taux de prise en charge ne peuvent être supérieurs à 20 % du tarif de responsabilité des Caisses des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

La MUTUELLE 403 prend également en charge sur la base du tarif accepté par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie les transports d'entrée, de sortie, le transport pour consultation de contrôle ainsi que le remboursement de cette dernière. Des dépassements d'honoraires peuvent être pris en charge par la MUTUELLE 403 conformément aux garanties choisies par le membre participant. Les dépassements d'honoraires sur les frais de séjour ne sont pas acceptés.

ARTICLE 37 - FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

La MUTUELLE 403 prend en charge l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

ARTICLE 38 - CHAMBRE PARTICULIÈRE POUR HOSPITALISATIONS MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRIQUE

La MUTUELLE 403 prend en charge le supplément « chambre particulière » dans les limites (durée et montant) fixées par la garantie statutaire souscrite par l'adhérent.

Le remboursement des frais relatifs à la « chambre particulière » est effectué soit à l'établissement dans le cas d'une délivrance de prise en charge, soit à l'adhérent sur présentation d'une facture acquittée.

La prise en charge de la chambre particulière est exclue pour les séjours en maisons d'enfants spécialisées et établissements climatiques pour enfants et adolescents, en centres pour handicapés enfants et adultes

(IME, CAT, ...), en maisons de régime et de diététique, en centres de post-cure pour alcooliques et toxicomanes, et les séjours en maisons ou services de repos et de convalescence ne faisant pas suite à une hospitalisation médicale ou chirurgicale.

La MUTUELLE 403 n'intervient pas dans le remboursement des frais de « chambre particulière » selon la législation en vigueur dans les cas suivants :

- 1°- si l'admission du malade en chambre particulière est faite en dehors de sa volonté et de celle de sa famille (manque de place, ...);
- 2°- si l'isolement est imposé par la gravité de l'intervention ou par l'état du malade, s'il est demandé par le chirurgien, ou si cette admission fait suite à la survenance d'une maladie contagieuse au cours de l'hospitalisation.

ARTICLE 39 - FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Pour toute hospitalisation d'un adhérent ayant droit du membre participant, une participation pour frais d'accompagnement peut être versée dans les conditions prévues à la garantie choisie par le membre participant et dans la limite des frais engagés.

Cette participation est versée sur présentation d'une facture acquittée justifiant la dépense.

ARTICLE 40 - FRANCHISE DE 24 €

Pour tous les actes égaux ou supérieurs à 120 euros, la MUTUELLE 403 prend en charge la participation de l'assuré de 24 € appliquée en médecine de ville sur les factures d'honoraires, et à l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé ainsi que les soins externes.

ARTICLE 41 – FORFAIT NAISSANCE

La naissance d'un enfant né viable dont le parent, en tant que membre participant de la MUTUELLE 403 et a accompli les stages statutaires, donne lieu au versement d'un forfait dont le montant est déterminé par la garantie souscrite par l'adhérent. Par extension, le même forfait est versé en cas d'adoption d'un enfant de moins de 16 ans.

En cas de naissance gémellaire ou plurigémellaire, il sera versé autant de forfaits que d'enfants nés viables. Le versement de ce forfait est effectué sur présentation d'un bulletin de naissance ou d'un bulletin de décès portant la mention « né présentement sans vie » ou « mort-né », et en cas d'adoption, sur production d'un certificat d'adoption plénière.

ARTICLE 42 - ALLOCATION AUX FRAIS D'OBSÈQUES

L'allocation aux frais d'obsèques a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques à concurrence du montant fixé au tableau des garanties.

Pour le versement de cette prestation, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations au moment du décès.

Le remboursement des frais d'obsèques est attribué sur justificatif à toute personne ayant supporté ces frais dans la limite du forfait précisé au tableau de garanties et des frais réels engagés.

SECTION 5 - PRESTATIONS NON GARANTIES

ARTICLE 43 - EXCLUSIONS

Les garanties associées au présent Règlement mutualiste dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité Sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L322-2-III du Code de la Sécurité Sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application ;

- les actes ou prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical partagé et à le compléter
- les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Les frais pris en charge figurent dans les tableaux de garanties associées au présent Règlement. Tous les actes qui ne figurent pas aux nomenclatures officielles des actes des Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale française sont exclus de la garantie, sauf dérogation explicite.

SECTION 6 - SUBROGATION

ARTICLE 44 - SUBROGATION

La MUTUELLE 403 est subrogée dans les conditions prévues à l'article L224-9 du Code de la Mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participant, de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La MUTUELLE 403 ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la MUTUELLE 403 n'indemnisent ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

La MUTUELLE 403 est subrogée de plein droit à ses adhérents pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des Organismes d'Assurance Maladie dont ils dépendent.

Dans le cas où la MUTUELLE 403 ne pourrait obtenir du régime d'obligation, le remboursement de sa part dans les frais engagés au motif que l'intéressé n'a pas ou n'a plus droit aux prestations, l'adhérent est tenu de rembourser à la MUTUELLE 403 le montant des sommes qu'elle aurait dû percevoir du régime légal.

ARTICLE 45 - ACCIDENTS

Pour les soins et les interventions consécutifs à un accident, la garantie de la MUTUELLE 403 intervient selon les modalités suivantes :

a) Déclaration des accidents

L'adhérent doit, sauf cas de force majeure, faire à la MUTUELLE 403 dans les 48 heures suivant l'accident, une déclaration sur l'honneur indiquant :

- 1°- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquels l'accident s'est produit ;
- 2°- le nom des témoins ;
- 3°- éventuellement les noms et adresses du tiers responsable et de la Compagnie d'Assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- 4°- l'indication précise du Commissariat ou de la Brigade de Gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

b) Accident de droit commun

- 1°- en cas d'accident dont la responsabilité n'est pas contestée par le tiers responsable, la MUTUELLE 403 ne supportera aucun frais, mais elle peut toutefois, conformément à l'article 40 se subroger de plein droit au membre participant ;
- 2°- en cas de responsabilité contestée par le tiers, l'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers ou de l'assureur substitué une action judiciaire civile ou pénale en vue de faire connaître son droit à réparation.

La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le greffier.

La MUTUELLE 403 accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

c) Accident scolaire ou sportif

Afin de permettre à la MUTUELLE 403 de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à la MUTUELLE 403, dans les meilleurs délais, tout accident scolaire ou sportif dont il est (ou ils sont) victime(s).

En conséquence, dans le cas où la MUTUELLE 403, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son adhérent tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux, ce règlement fait à titre d'avance constituerait au profit de la MUTUELLE 403 une créance que l'adhérent serait tenu de rembourser.

En cas d'accident quel qu'il soit, l'adhérent doit informer la MUTUELLE 403 de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de ses intentions.

De même, l'adhérent doit informer la MUTUELLE 403 de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la MUTUELLE 403 qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

CHAPITRE 4 - RÉSILIATION / RADIATION DU CONTRAT

ARTICLE 46 - RÉSILIATION

La résiliation par un membre participant de son adhésion à une couverture individuelle emporte, s'il y a lieu, suppression des ayants droit du bénéfice de cette couverture.

1°- Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, à la MUTUELLE 403 au moins deux (2) mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année N pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année N+1. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

2°- A compter de l'application de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et au plus tard au 1^{er} décembre 2020, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen à l'article L. 221-10-3 à la MUTUELLE 403 au moins deux (2) mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année N pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année N+1.

3°- Outre un droit de résiliation annuel exercé comme précisé ci-avant, le membre participant peut exercer son droit de résiliation dans les conditions ci-après, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité :

- l'avis d'échéance annuel de cotisation, adressé par la MUTUELLE 403 au membre participant, mentionne la date limite d'exercice de son droit à dénonciation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.
- lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique. A compter de l'application de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et au plus tard au 1^{er} décembre 2020, lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions ci-dessus, le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

4°- A compter de l'application de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et au plus tard au 1^{er} décembre 2020, la résiliation par un membre participant de son adhésion peut aussi intervenir à tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité, sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le motif. La notification de cette dénonciation se fait au choix du membre participant :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la MUTUELLE 403 ;
- soit par acte extrajudiciaire ;

- soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la MUTUELLE 403 pour l'adhésion du membre participant.

La dénonciation prend effet un mois après la réception par la MUTUELLE 403 de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

5°- Lorsque la demande de résiliation est la conséquence de l'affiliation obligatoire du membre participant à un régime collectif obligatoire d'entreprise et sous réserve de la production d'une attestation produite par l'employeur du membre participant. La résiliation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la production de ladite attestation.

ARTICLE 47 - RADIATION

a) Pour non-paiement des cotisations :

La MUTUELLE 403 peut être amenée à procéder à la radiation du contrat pour non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 17 du présent règlement. Lorsque la radiation est prononcée, l'adhérent doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer sa carte de mutuelle.

b) Pour fausse déclaration intentionnelle ou réticence :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la MUTUELLE 403 est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la MUTUELLE 403, 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 403 qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

c) Pour omission ou déclaration inexacte :

Si la mauvaise foi du participant est constatée avant toute réalisation du risque, la MUTUELLE 403 a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La MUTUELLE 403 restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

ARTICLE 48 – DROIT DE RÉTRACTATION EN CAS DE DÉMARCHAGE

En cas d'adhésion à un règlement par démarchage téléphonique ou hors établissement, le membre participant dispose d'un délai de rétractation de quatorze (14) jours, à compter de la signature du bulletin d'adhésion, il peut utiliser à cet effet le modèle de rédaction joint au bulletin d'adhésion. Il doit en formuler la demande à la MUTUELLE 403 par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception. Sur présentation de la preuve de son adhésion, après avoir retourné sa carte d'adhérent et à la condition impérative qu'aucune prestation n'ait été versée, le membre participant recevra par courrier le remboursement intégral de son versement. Ce remboursement interviendra dans un délai de trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la MUTUELLE 403 si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement, et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenu pendant le délai de renonciation.

ARTICLE 49 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE

Dans l'hypothèse où l'adhésion entre le membre participant et la Mutuelle a été conclue à distance et à titre non professionnel ou commercial, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, , courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité. Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il peut utiliser à cet effet le modèle de rédaction joint au bulletin d'adhésion et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la MUTUELLE 403 – 16 rue René Goscinny - CS 20000 - 16013 ANGOULEME Cedex.

La MUTUELLE 403 rembourse au membre participant au plus tard dans les trente jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de

réception, toutes les sommes perçues en application du Règlement. Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 50 - CHANGEMENT DE SITUATION

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

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation est enregistrée le premier jour du mois suivant la réception par la MUTUELLE 403 des justificatifs de l'évènement, de la carte d'adhérent et de la cotisation restant due jusqu'à cette date.

CHAPITRE 5 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

ARTICLE 51 - RÉCLAMATION

La réclamation est l'expression écrite (courrier ou e-mail) ou orale (appel téléphonique ou présentiel), formulée par un adhérent, pour manifester une insatisfaction lorsque les demandes formulées auprès de son interlocuteur habituel de la MUTUELLE 403 ne lui ont pas apporté satisfaction.

Les demandes de service ou de prestation, les demandes d'information, de clarification ou d'avis ne sont pas considérées comme des déclarations actant le mécontentement d'un adhérent au titre d'une réclamation.

Toute réclamation doit être formulée dans le délai de deux (2) ans à compter de l'évènement qui y a donné naissance.

a) Demande initiale

Dans l'hypothèse où l'interlocuteur habituel de la MUTUELLE 403 ne parvient pas à apporter satisfaction à l'adhérent, la demande initiale devra être transférée au Service Relation Clientèle qui apportera son expertise dans la réponse adressée.

La demande initiale peut être adressée :

- soit par courrier à l'adresse suivante : MUTUELLE 403 - Service relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÊME Cedex ;
- soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20 ;
- soit par mail par l'intermédiaire du site internet de la MUTUELLE 403 à l'onglet Contact / Contactez-nous.

En cas de demande initiale par appel téléphonique, si le centre d'appels ne peut répondre à la demande, il transmet automatiquement celle-ci au service relation clientèle pour expertise et en avise l'intéressé.

En cas de demande initiale par courrier ou par e-mail, le dossier est examiné dans les plus brefs délais par l'interlocuteur habituel et est transmis au service relation clientèle pour expertise le cas échéant.

b) Traitement de niveau 1

Le traitement de la réclamation de niveau 1 n'est prise en charge que si elle a fait l'objet d'une demande initiale.

La réclamation de niveau 1 peut être adressée :

- soit par l'intermédiaire de l'interlocuteur habituel ;
- soit par courrier à l'adresse suivante : MUTUELLE 403 - Service relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÊME Cedex ;
- soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20 ;
- soit par mail par l'intermédiaire du site internet de la MUTUELLE 403 à l'onglet Contact / Contactez-nous.

Le service relation clientèle en charge de cette réclamation s'engage à répondre dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix (10) jours qui suivent la transmission de la réclamation au niveau 1, il adresse au réclamant un accusé de réception de sa demande.

Dans tous les cas, le service relation clientèle en charge du traitement de la réclamation est tenu de répondre dans un délai de deux mois à compter de sa saisine.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée par le service relation clientèle, il peut adresser sa réclamation au niveau 2.

c) Traitement de niveau 2

Le traitement de la réclamation de niveau 2 n'est pris en charge que si elle a fait l'objet d'une demande initiale et d'une réclamation de niveau 1.

La réclamation de niveau 2 peut être adressée :

- soit par l'intermédiaire du service relation clientèle ou de l'interlocuteur habituel ;
- soit par courrier à l'adresse suivante : MUTUELLE 403 - Service relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÊME Cedex ;
- soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20 ;
- soit par mail par l'intermédiaire du site internet de la MUTUELLE 403 à l'onglet Contact / Contactez-nous.

Le service juridique de la MUTUELLE 403 en charge de la réclamation de niveau 2 doit répondre au réclamant dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix (10) jours qui suit la transmission de la réclamation au niveau 2, le service relation clientèle adresse au réclamant un accusé réception de sa demande. Dans tous les cas, le service juridique de la MUTUELLE 403 dans le cadre de la réclamation de niveau 2 est tenue d'apporter une réponse validée par la Direction Générale de la MUTUELLE 403 dans un délai de deux mois à compter de sa saisine.

ARTICLE 52 - MÉDIATION

Si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée par le service juridique de la MUTUELLE 403 dans le cadre de la réclamation de niveau 2, il peut saisir le médiateur de la Mutualité Française, soit :

- par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - (FNMF) - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15 ;
- directement *via* le formulaire figurant sur le site Internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>. Le règlement de la médiation est disponible sur le site de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut également être consulté à tout moment du déroulement de la procédure de réclamation, dans un délai d'un an à compter de la réclamation de niveau 1, avant même l'extinction du processus de réclamation du 2^{ème} niveau. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la réclamation est à adresser :

- par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - (FNMF) - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15 ;
- directement *via* le formulaire figurant sur le site Internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>. Le règlement de la médiation est disponible sur le site de la Mutualité Française.

CHAPITRE 6 - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 53 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants-droit éventuels. Sur ces bases, elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants droit, la justification et/ou la vérification de leur identité (article L. 561-5 du Code monétaire et financier), de leur situation professionnelle (article L. 561-10 du Code monétaire et financier) économique ou financière; des informations relatives à la provenance ou la destination des fonds liés au contrat d'assurance (article L. 561-10-2 du Code monétaire et financier), ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires. A défaut d'obtenir les documents demandés, aucune souscription ne sera réalisée. Si la relation d'affaires a été établie, il sera alors mis fin à celle-ci (article L. 561-8 du Code monétaire et financier). Par ailleurs, si les informations communiquées paraissent fausses ou irrégulières, la MUTUELLE 403 se réserve la possibilité d'effectuer une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN (article L. 561-15 du Code monétaire et financier).

ARTICLE 54 - ACCÈS AUX ŒUVRES ET SERVICES MUTUALISTES

Outre les avantages prévus par le présent règlement, les bénéficiaires peuvent recevoir des prestations servies par les Œuvres et Services des Unions auxquelles la MUTUELLE 403 est affiliée et ce dans les conditions fixées par les statuts et règlements fixés desdites Unions.

ARTICLE 55 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL – DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles :

La MUTUELLE 403 est responsable des traitements qu'elle réalise sur les données personnelles des membres participants et des ayants droit pour la mise en œuvre de leur couverture d'assurance conformément aux dispositions du présent règlement.

Pour la mise en œuvre du présent contrat, la MUTUELLE 403 est susceptible de collecter et de traiter les données suivantes des adhérents : information personnelles, données de contact, données d'identification, NIR (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de vie privée, données de leurs ayants droit, données professionnelles, données économiques et financières, données opérationnelles liées à l'application du présent contrat, données de santé ou autres données particulières (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de transaction.

Ces données ainsi collectées ont vocation à être traitées par la MUTUELLE 403 à des fins :

- d'adhésion, gestion et exécution de la couverture d'assurance ;
- de réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de ses adhérents le cas échéant, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction des situations (score d'appétence), évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de la MUTUELLE 403 ;
- et, avec l'accord des adhérents du souscripteur, de prospection commerciale par la MUTUELLE 403 et ses partenaires.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données à caractère personnel sont conservées pendant un délai de 3 ans à compter du jour de leur collecte ou de votre dernier contact avec la MUTUELLE 403.

Dans le cadre de la conclusion d'un contrat et de sa gestion, les données à caractère personnel sont conservées le temps de la relation commerciale et contractuelle augmenté des délais légaux de prescription fixés selon la nature du contrat.

Dans le cadre d'une inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles font l'objet d'une conservation pendant 5 ans. D'une manière générale, elles sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de la MUTUELLE 403. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

Au titre de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère personnel, la MUTUELLE 403 déploie les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour :

- garder les données personnelles strictement confidentielles ;
- et assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les adhérents, la MUTUELLE 403 leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution du présent règlement ou aux obligations légales de la MUTUELLE 403, les adhérents sont titulaires des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données à caractère personnel, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'adhésion. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL. Le membre participant et ses ayants droit ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie Obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes. Les membres participants ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Profondément engagée en faveur du respect de la vie privée et des droits des personnes, la MUTUELLE 403 s'est dotée d'un délégué à la protection des données (DPO), qui peut être contacté par courrier à l'adresse du siège social ou par mail à l'adresse dpo@mutuelle403.fr.

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6 rue Nicolas Siret 10300 TROYES ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet au membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la MUTUELLE 403 de démarcher

téléphoniquement le membre participant en cas de relations contractuelle préexistantes, conformément à l'article L. 223-1 du Code de la consommation.

ARTICLE 56 - ORGANISME DE CONTRÔLE

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle preneur des garanties du présent règlement, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS.

ARTICLE 57 – LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

CHAPITRE 7 - ACTION SOCIALE

ARTICLE 58 - COMMISSION D'ACTION SOCIALE

Dans le domaine de l'Action Sociale, le Conseil d'Administration de la MUTUELLE 403 délègue ses pouvoirs à une « Commission d'Action Sociale » constituée de 3 membres nommés parmi les Membres du Conseil d'Administration lors de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale.

Cette Commission a notamment pour vocation d'accorder des secours exceptionnels mais elle peut également examiner et statuer sur les demandes formulées par les adhérents au sujet des décisions prises par la MUTUELLE 403 en matière de prestations ou de cotisations.

ARTICLE 59 - SECOURS EXCEPTIONNELS

Des secours ayant un caractère exceptionnel, peuvent être accordés par la Commission d'Action Sociale aux membres participants et à leur famille dès lors qu'ils se trouvent dans une situation de difficulté avérée et qu'ils ont expressément saisi la MUTUELLE 403.

Ces secours sont prélevés sur une somme spéciale déterminée chaque année par l'Assemblée Générale. Par principe, l'intervention éventuelle de la MUTUELLE 403, au titre de ces secours exceptionnels, ne peut avoir lieu qu'après épuisement de toutes les voies de recours offertes par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ou tout autre organisme pouvant intervenir dans ce domaine et sous réserve du respect de la procédure définie ci-après. La demande d'aide au titre des secours exceptionnels doit être transmise à la MUTUELLE 403 sous pli confidentiel accompagnée des documents suivants :

- lettre exposant les motifs de la demande ;
- toute justification des dépenses engagées et restant à la charge de l'intéressé (décomptes, factures, etc.) ;
- déclaration de la situation en cours (charges, revenus familiaux, etc.) ;
- avis d'imposition ou de non-imposition ;
- décision de tous les organismes accordant ou non une indemnisation partielle.

La participation éventuelle de la MUTUELLE 403 ne peut être versée qu'après paiement de toutes les aides accordées et dans la limite des frais réels engagés par l'adhérent.

En cas de situation présentant un caractère d'urgence, la MUTUELLE 403 peut déroger à sa règle de principe en matière d'intervention et attribuer un secours exceptionnel à un adhérent sans que toutes les voies de recours n'aient été épuisées ou que toutes les aides extérieures à la MUTUELLE 403 n'aient été accordées.

ARTICLE 60 - AIDES MÉNAGÈRES

Pour les adhérents qui ne peuvent bénéficier de l'aide aux personnes âgées ou d'une aide familiale, la Commission d'Action Sociale de la MUTUELLE 403 peut accorder une aide dans le remboursement d'heures d'aides ménagères.

Quand elle est accordée, cette aide s'exerce dans la limite d'un maximum de 6 heures pendant les 10 jours ouvrés faisant suite à une hospitalisation prise en charge par la MUTUELLE 403.

Pour bénéficier de cette aide éventuelle, l'adhérent s'engage à fournir à la MUTUELLE 403 tous documents et/ou tous justificatifs nécessaires à sa demande.

Ces aides sont accordées sur un budget spécifique fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 61 - PRÉVENTION

Chaque année l'Assemblée Générale fixe le montant du budget affecté à des actions de prévention.

Notamment, dans le cadre des campagnes de vaccination antigrippale organisées par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, l'Assemblée Générale de la MUTUELLE 403 décide, chaque année, de la prise en charge ou non de tout ou partie du vaccin contre la grippe. Elle en détermine les catégories de bénéficiaires ainsi que le montant de la participation de la MUTUELLE 403. Cette participation est versée à l'adhérent sur présentation d'une facture acquittée.

CHAPITRE 8 - CONVENTIONS ET CONTRATS D'ASSURANCES CONCLUS POUR DES GARANTIES SPÉCIFIQUES

La MUTUELLE 403, en qualité d'intermédiaire mutualiste propose des garanties qu'elle n'assure pas directement mais qui peuvent être souscrites par les adhérents directement auprès d'elle en inclusion ou en option d'une garantie de la MUTUELLE 403.

ARTICLE 62 - GARANTIE ASSISTANCE À DOMICILE

La couverture garantie assistance à domicile est souscrite par la MUTUELLE 403 auprès de Garantie Assistance S.A. Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social 38, rue la Bruyère à PARIS, par l'intermédiaire de la SARL de courtage COGEMUT 26 bis, boulevard de Strasbourg - 94130 NOGENT-SUR-MARNE.

Les conditions d'application de celle-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique qui est remise en même temps que le présent règlement.

ARTICLE 63 - GARANTIES PRÉVOYANCE, VIE, DÉCÈS, PERTE D'EMPLOI, CAUTION, RETRAITE, ÉPARGNE, ASSISTANCE

La MUTUELLE 403 a conclu avec :

- l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (MUTEX Union) Siège social - 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON CEDEX ;
- l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (U.N.M.I.) Siège social - 50 avenue Daumesnil - 75012 PARIS ;
- MUTLOG - 75 Quai de la Seine - 75019 PARIS ;
- COGEMUT, 26 bis boulevard de Strasbourg - 94130 NOGENT-SUR-MARNE

des contrats d'assurance collective ou conventions permettant aux adhérents de la MUTUELLE 403 de souscrire les garanties suivantes : maintien de revenu, dépendance, retraite, perte d'emploi, vie, décès, assurance de prêts, épargne...

Les conditions d'application de celles-ci font l'objet conformément aux dispositions légales, de documents contractuels et de notices d'information spécifiques, documents remis pour chaque demande d'information sur ces garanties.

ANNEXES



LES PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS



Les originaux des décomptes de remboursement de la Caisse d'Assurance Maladie doivent être transmis uniquement **si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission NOÉMIE**.

Pour vérifier si la télétransmission fonctionne correctement sur votre dossier, il suffit de regarder les relevés de remboursement de votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Si la mention « *transmis à la MUTUELLE 403* » ou « *à votre organisme complémentaire* » apparaît sur vos relevés, la télétransmission fonctionne. Si aucune mention n'apparaît, vous ne bénéficiez pas de la télétransmission. Si la **télétransmission est inactive**, vous devez transmettre les originaux de tous vos documents.

Si vous bénéficiez d'une première complémentaire santé, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent être transmis, accompagnés des décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie.

HOSPITALISATION (Acte pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Chambre particulière	- <u>Hospitalisation en clinique</u> : original du bordereau AMC + facture détaillée acquittée - <u>Hospitalisation en hôpital</u> : avis de sommes à payer + attestation de paiement
Forfait journalier	
Dépassements d'honoraires	
Frais d'accompagnant	Facture détaillée acquittée + bulletin d'hospitalisation
Télévision	
SOINS COURANTS (Acte pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Consultations et visites	- Si vous avez payé l'intégralité des honoraires : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE - Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du Régime Obligatoire et réglé la part complémentaire et/ou les dépassements : facture originale détaillée acquittée (+ décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux hors hospitalisation	
Radiographie	
Analyses médicales	
Auxiliaires médicaux	
Transport	
Pharmacie	
Appareillage (dont auditif)	
CURE THERMALE (Acte pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Forfait thermal	Attestation de cure + facture détaillée acquittée de l'hébergement et/ou du transport (factures péage, essence, train...) + justificatif de propriété en cas de location entre particuliers
Frais d'hébergement et transport	

OPTIQUE (Acte pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Monture	- Si vous avez payé l'intégralité de la facture : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE
Verres	
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	- Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du <u>Régime Obligatoire et réglé la part complémentaire</u> : facture originale détaillée acquittée (+ décompte de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE
Lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire	Facture détaillée acquittée
Chirurgie réfractive	

SOINS NON CONVENTIONNELS (Acte pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Ostéopathe, étiope, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, psychologue...	Facture du praticien indiquant le bénéficiaire et la date des soins et mentionnant, selon l'acte concerné, la possession du diplôme d'État dans la spécificité afférente à l'acte pratiqué, l'affiliation à une association professionnelle reconnue ou le numéro ADELI (ARS)
Contraception, vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, sevrage tabagique...	Facture acquittée détaillée + copie de la prescription médicale

DENTAIRE (Acte pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Soins dentaires	- Si vous avez payé l'intégralité de la facture : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE + facture détaillée acquittée indiquant les numéros de dents soignées
Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	- Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du <u>Régime Obligatoire et réglé la part complémentaire</u> : facture détaillée acquittée indiquant la date des soins et les numéros de dents soignées (+ décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE La date des soins étant la date indiquée sur le décompte du Régime Obligatoire (fin de trimestre ou fin de semestre de traitement ou fin de l'année de contention)
Particularité prothèses dentaires sur implants	Facture des implants correspondants indiquant les numéros de dents
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire	Facture détaillée acquittée précisant la date des soins et les numéros des dents soignées Pour l'orthodontie refusée, la date des soins est la date de fin du semestre de traitement
Implants – Parodontologie – Prothèses dentaires refusées par le Régime Obligatoire	

La MUTUELLE 403 peut vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie.



SIÈGE SOCIAL

**16, rue René Goscinny
CS 20000
16013 ANGOULÊME CEDEX
Tél. : 05 45 20 51 20**

www.mutuelle403.fr

