

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

Assemblée générale  
extraordinaire du  
**22/05/2025**

Date d'effet :  
**01/06/2025**



# Sommaire

<b>TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>4</b>
Section 1- Généralités.....	4
Article 1. Objet du règlement.....	4
Article 2. Adoption et modification du règlement mutualiste - Information des membres.....	4
Section 2 – Définitions .....	4
<b>TITRE II – RELATIONS CONTRACTUELLES DANS LE CADRE DES RISQUES ASSURÉS PAR LA MUTUELLE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 – Objet et forme de l’adhésion</b> .....	<b>4</b>
Section 1 – Adhésion à titre individuel .....	4
Article 3. Le membre participant.....	4
3.1 – Adhésion du membre participant .....	4
3.2 – Adhésion des ayant droit.....	5
Article 4. Délai de renonciation.....	5
4.1 – Vente à distance.....	5
4.2 – Exceptions .....	5
Section 2 – Adhésion à caractère collectif .....	5
Article 5. Définition du contrat collectif.....	5
Article 6. Établissement du contrat collectif.....	6
Section 3 – Le membre honoraire .....	6
Article 7. La nomination .....	6
7.1 – Le membre honoraire personne physique .....	6
7.2 – Le membre honoraire – contrat collectif .....	6
Section 4 – Exécution du contrat.....	6
Article 8. Prise d’effet et durée du contrat .....	6
Article 9. Modification du contrat ou des garanties .....	6
Article 10. Engagement du membre .....	7
Article 10 Bis : Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme et contre la fraude.....	7
Section 5 – Démission – Radiation – Exclusion - Déchéance.....	7
Article 11. Démission.....	7
11.1 – Règle générale .....	7
11.2 – Particularités .....	7
11.3 – Résiliation découlant d’autres dispositions légales ou réglementaires.....	8
11.4. Mode de résiliation.....	8
Article 12. Exclusions, radiation et déchéance .....	8
12.1- Exclusions.....	8
12.2- Radiation .....	8
12.3- Déchéance.....	8
Article 13. Conséquences de la démission, de la radiation, de l’exclusion.....	9
Article 14. Réservé .....	9
<b>CHAPITRE 2 – Obligations de l’adhérent envers la Mutuelle</b> .....	<b>9</b>
Section 1 – Détermination des cotisations.....	9
Article 15. Généralités.....	9
Article 16. Exception .....	9
Article 17. Détermination de la cotisation.....	9
17.1- Part fixe de la cotisation .....	9
17.2- Part variable de la cotisation .....	9
17.2.1 Critères de détermination de la part variable .....	9
17.2.2 Bases de calcul .....	9
Article 18. Particularités des contrats co-assurés et réassurés.....	9
18.1 - Contrats réassurés .....	9
18.1 - Contrats co-assurés.....	10
Article 19. Modalités tarifaires.....	10
19.1 - Adhésion individuelle .....	10
19.2 - Contrat à adhésion collective facultative ou obligatoire .....	10
Article 20. Révision des cotisations .....	10
Section 2 – Paiement et mode de règlement.....	10
Article 21. Modalités de paiement de la cotisation.....	10
Article 22. Sanction du défaut de paiement.....	10
22.1 – Garanties individuelles .....	10
22.2 – Garanties collectives .....	11
22.3 – Frais de rejets et d’impayés .....	11
<b>CHAPITRE 3 – Obligations de la Mutuelle envers l’adhérent</b> .....	<b>11</b>
Section 1 – Les prestations santé assurées par la Mutuelle.....	11
Sous-section 1 – Dispositions générales.....	11
Article 23. Définition des prestations garanties.....	11
Article 24. Modification des prestations .....	11
Article 25. Contrats responsables.....	11
Article 26. Pratique du tiers payant .....	12
Article 27. Pratique de la télétransmission avec les régimes obligatoires de sécurité sociale – Procédure NOEMIE .....	12
Article 28. Forme et délais de paiement des prestations .....	13
Sous-section 2 – Définition des prestations remboursables.....	13

Article 29. Prestations remboursables au titre du ticket modérateur .....	13
Article 30. Prestations remboursables au titre d'un supplément, d'un forfait ou d'un crédit.....	13
Article 31. Exclusions.....	15
Sous-section 3 – Modalités de prise en charge .....	15
Article 32. Délais de carence.....	15
Article 33. Règles générales .....	15
33.1– Pièces à fournir.....	15
33.2– Droit de contrôle.....	16
Section 2 – Les autres prestations assurées par la Mutuelle .....	16
Article 34. Prévention.....	16
Article 35. Secours exceptionnel.....	16
Article 36. Garantie forfaitaire hospitalière .....	16
Article 37. Garantie Obsèques - Garantie Décès.....	16
37.1 - Nature des garanties .....	17
37.2 – Souscription et Durée de la garantie .....	18
37.3 - Résiliation de la garantie .....	18
37.4 - Risques exclus .....	18
37.5 – Paiement de l'indemnité .....	18
<b>CHAPITRE 4 – Dispositions diverses.....</b>	<b>18</b>
Article 38. Prescriptions.....	18
Article 39. Nullités.....	18
Article 40. Litiges et réclamations .....	19
40.1- Réclamations.....	19
40.2- Médiation .....	19
Article 41. Subrogation .....	20
Article 42. Organisme de contrôle.....	20
Article 43. Protection des données.....	20
Article 44. Loi applicable au contrat.....	22
<b>TITRE III – RELATIONS DANS LE CADRE DES RISQUES NON-ASSURÉS PAR LA MUTUELLE.....</b>	<b>22</b>
<b>CHAPITRE 1 – Forme de l'adhésion.....</b>	<b>22</b>
Article 45. Modalités de souscription et d'exécution du contrat .....	22
Article 46. Adhésion.....	22
<b>CHAPITRE 2 – Les prestations.....</b>	<b>22</b>
Article 47. Assistance et Protection Juridique Santé .....	22
Article 48. Décès, obsèques.....	22
Article 49. Prévoyance.....	22
Article 50. Prestations santé.....	22
Article 51. Autres prestations.....	22
Article 52. Risques exclus .....	22
Article 53. Paiement des prestations .....	22
<b>CHAPITRE 3 – Les cotisations .....</b>	<b>22</b>
Section 1 - Modalités en cas de gestion par la Mutuelle .....	22
Article 54. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement .....	22
Article 55. Responsabilité – Litiges .....	22
Section 2 : Prestations diffusées par la mutuelle et non gérées par elle .....	23
Article 56. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement .....	23
Article 57. Responsabilité – Litige .....	23
<b>CHAPITRE 4 – Dispositions diverses.....</b>	<b>23</b>
Article 58. Forclusion .....	23
Article 59. Défaut de paiement .....	23
Article 60. Exclusion.....	23
Article 61. Réclamations.....	23

# TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## Section 1- Généralités

### Article 1. Objet du règlement

Le présent règlement est établi conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du code de la mutualité et à l'article 4.1 de ses statuts par la Mutuelle Just ci –après dénommée « La Mutuelle », mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 783.864.150.

Il a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de la Mutuelle et de ses membres ci-après définis au titre des opérations visées par les statuts.

Le présent règlement est applicable :

- aux membres liés à la mutuelle au titre d'une opération individuelle
- aux membres liés à la mutuelle au titre d'une opération collective basée soit sur la signature d'un bulletin d'adhésion, soit sur la signature d'un contrat collectif. Dans ce dernier cas, le règlement mutualiste s'applique pour l'ensemble des droits et obligations non visés audit contrat.

En application des statuts, la mutuelle peut proposer de diffuser des prestations au profit d'autres organismes. Elle peut en assurer la gestion totale ou partielle sans en assurer le risque. Dans le cadre très précis où elle n'intervient qu'en qualité d'intermédiaire, les droits et obligations respectifs des membres participants sont prévus dans la convention qui lie la mutuelle et ces organismes. Il en est de même lorsque la mutuelle gère totalement ou partiellement le contrat pour le compte d'un organisme d'assurance.

La mutuelle informe les membres participants des services et établissements d'action sociale auxquels ils peuvent avoir accès et des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

### Article 2. Adoption et modification du règlement mutualiste - Information des membres

Le texte du présent règlement est établi par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Il s'applique à tous les membres, au même titre que les statuts et le règlement intérieur.

Lorsque des modifications sont apportées au présent règlement et approuvées par l'Assemblée Générale, la mutuelle est tenue d'en informer ses membres par tout moyen. Sauf stipulation contraire indiquée lors du vote de l'Assemblée Générale, les modifications prennent effet au 1er janvier de l'année qui suit celle de la tenue de l'Assemblée.

Les modifications apportées au règlement mutualiste sont opposables aux membres à compter de leur notification.

## Section 2 – Définitions

**Membre Participant :** Le Membre participant est la personne physique majeure bénéficiant d'un régime général ou particulier d'assurance maladie d'un pays membre de l'Union Européenne (hors régime obligatoire monégasque), qui bénéficie ou fait bénéficier à ses ayants droit des prestations de la mutuelle à laquelle elle a souscrit ou qu'un tiers (Personne physique ou morale) a souscrit pour elle.

**Ayant Droit :** Conformément à l'article 5 des statuts, les ayants droit des membres participants peuvent être les personnes suivantes :

- Les enfants ou ceux du conjoint, concubin ou pacsé, dans les conditions suivantes :
  - o socialement à charge (figurant sur la carte de Sécurité Sociale de l'adhérent ou du conjoint, concubin ou pacsé);
  - o fiscalement à charge, sous réserve de présentation de l'avis d'imposition de l'année précédente ;
  - o étudiants jusqu'à 28 ans (âge calculé au 1er Janvier) sous réserve de la présentation d'un justificatif de poursuite d'études adressé chaque année au service de La Mutuelle ;
  - o exceptionnellement, les enfants se trouvant dans d'autres situations et considérés comme à charge
- Exceptionnellement, les ascendants et descendants se trouvant dans une situation particulière et pouvant être considérés comme à charge. Étant précisé que s'ils sont majeurs, ils devront souscrire un contrat individuel.

**Opération d'assurance collective facultative :** Opération par laquelle des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à la mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques.

**Opération d'assurance collective obligatoire:** Opération par laquelle l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques.

# TITRE II – RELATIONS CONTRACTUELLES DANS LE CADRE DES RISQUES ASSURÉS PAR LA MUTUELLE

L'adhésion à La Mutuelle entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle Santé Just, mutuelle dédiée à La Mutuelle Just et soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 442.599.312, sans possibilité pour l'adhérent de se soustraire à cette seconde adhésion.

## CHAPITRE 1 – Objet et forme de l'adhésion

### Section 1 – Adhésion à titre individuel

#### Article 3. Le membre participant

##### 3.1 – Adhésion du membre participant

L'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion complété, daté et signé qui vaut acceptation des statuts et règlements de la mutuelle par le membre participant.

Sauf exceptions prévues au cas par cas par la mutuelle, le membre participant et ses ayants droit doivent résider en France, dans les DOM-TOM, à l'étranger s'ils relèvent d'un régime obligatoire français (hors régime obligatoire monégasque) ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

Les documents à fournir au jour de l'adhésion sont, au minimum :

- Le bulletin d'adhésion complété et signé ;
- La Fiche d'information et de conseil complétée et signée ;
- Photocopie(s) Attestation(s) de droit à l'Assurance Maladie de moins de deux mois de chaque bénéficiaire,
- Relevé d'identité bancaire ou postal,
- Le cas échéant, autorisation de prélèvement (mandat SEPA),

- L'ancienne carte mutualiste en cas de changement de contrat
- Tout document justifiant de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, au regard des dispositions du présent règlement mutualiste ou des critères de la garantie choisie (avis d'imposition, certificat de scolarité, justificatif de retraite ...),
- Le cas échéant, pour les TNS, le bulletin réponse d'adhésion à l'association ANIP, association dite loi Madelin, un extrait Kbis de moins de 3 mois ;
- La photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou document d'identité permettant l'identification du membre participant et de chaque bénéficiaire majeur ;
- Pour les personnes résidant ou travaillant dans les communes partenaires justifiant de tarifs privilégiés : Justificatif de domicile ou de travail dans la commune de moins de 3 mois ;
- Pour les employés territoriaux : un justificatif employeur d'entrée dans la fonction publique ou du taux de majoration appliqué par votre ancienne mutuelle labellisée ;
- Pour les membres d'une association : un justificatif d'adhésion
- Pour les personnes résidentes auprès d'un bailleur social : une attestation d'appartenance ou une quittance de loyer de moins de 3 mois ;
- Le cas échéant, le mandat de résiliation infra annuelle.

Tous ces documents, ainsi que le bulletin d'adhésion, peuvent être adressés à la Mutuelle par voie postale, remis en agence ou envoyés de manière dématérialisée.

**L'absence de fourniture de ces éléments entraîne une impossibilité d'adhérer.**

### 3.2 – Adhésion des ayant droit

Les ayants droit des membres participants assurés par ailleurs peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle. Leurs prestations **seront limitées aux dépenses réellement engagées, et si la mutuelle intervient en second assureur, déduction faite des remboursements du premier assureur.**

**L'adhésion ne peut être enregistrée que pour la totalité de la garantie choisie, qui est obligatoirement la même pour tous les ayants droits inscrits sur le bulletin d'adhésion.** En cas d'adhésion ultérieure d'un nouvel ayant droit, la garantie retenue sera celle du ou des adhérents déjà inscrits.

À leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les ayants droits mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans intervention de leur représentant légal, conformément à l'article L.114-2 du code de la Mutualité.

## Article 4. Délai de renonciation

### 4.1 – Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose, dans les conditions fixées à l'article L.221-18 du code de la mutualité, d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Toutefois, ce délai est porté à 30 jours si l'engagement pris concerne l'un des domaines visés à l'article 4.2 du présent règlement.

### 4.2 – Exceptions

Le membre participant dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il a été informé que son adhésion a pris effet pour se rétracter quand son adhésion concerne :

- les engagements contractés dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
- les engagements pris en vue du versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

À cet effet il fait parvenir sa demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au siège de la mutuelle, selon le modèle de lettre figurant ci-après après ou en se connectant sur son compte personnel adhérent dans l'onglet « résilier votre contrat ».

L'adhésion, en cas de renonciation, est considérée comme nulle et non avenue, l'intégralité des cotisations est remboursée par la mutuelle dans le délai maximal de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée et les prestations éventuellement servies par la mutuelle sont remboursées par le membre participant dans le même délai.

Au-delà de ce délai de 30 jours calendaires, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de 2 mois, du double du taux légal.

*En cas de demande expresse par l'adhérent de prise d'effet des garanties avant l'expiration de ce délai, l'adhérent est redevable de la cotisation à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion pour la date d'effet souhaitée.*

*Rappel - dispositions de l'article L 221-18 du Code de la mutualité : « II. - 1° Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir : a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ; b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ; 2° Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le délai précité est porté à 30 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir : a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ; b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a. »*

-----  
Destinataire : Mutuelle JUST, 53 Avenue de Verdun, 59306 Valenciennes Cedex

Objet : Demande de rétractation

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le Directeur,

Conformément à l'article L221-18 du Code de la Mutualité, je souhaite exercer mon droit à la renonciation.

Par conséquent, je demande à la Mutuelle Just de me rembourser l'intégralité des cotisations dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente, et en contrepartie, je m'engage à rembourser les prestations éventuellement servies dans le même délai.

Je souhaite me rétracter de mon adhésion au contrat Mutuelle Just

N° d'adhérent\* : \_\_ Date de souscription\* : \_\_

Nom et prénom de l'adhérent\* : \_\_

Adresse de l'adhérent\* : \_\_ Ville\* : \_\_

Date\* : \_\_ Signature\* : \_\_

## Section 2 – Adhésion à caractère collectif

### Article 5. Définition du contrat collectif

Le contrat collectif est un contrat souscrit par un employeur ou une personne morale en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage. Ce contrat peut constituer une opération d'assurance collective facultative ou obligatoire.

Le contrat définit les droits et obligations du souscripteur du contrat et des membres participants au titre de leur adhésion au contrat collectif. En l'absence de précision dans le contrat collectif, le règlement mutualiste s'applique.

### Article 6. Établissement du contrat collectif

Un contrat collectif est établi en deux exemplaires, daté et signé par la mutuelle et le souscripteur (personne morale ou employeur). Sa composition est fixée par les dispositions légales et réglementaires.

Sont annexées aux conditions particulières, les garanties souscrites et un modèle de notice d'information destiné à chaque membre participant. Si le contrat collectif renvoie pour l'application de certaines dispositions au règlement mutualiste, la personne morale souscriptrice reçoit également un exemplaire du règlement mutualiste en vigueur.

La mutuelle remet au souscripteur du contrat :

- une notice d'information générale qui définit les diverses formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances ou les exclusions, les délais de prescription.
- les garanties souscrites, leurs limitations, les modalités d'entrée en vigueur, les modalités tarifaires.
- les statuts et éventuellement le présent règlement.
- tout autre règlement, notice, documents établis par les assureurs des garanties souscrites lorsque la mutuelle n'intervient qu'en tant qu'intermédiaire mutualiste ou qu'elle n'assure pas le risque.

Sur la demande du souscripteur, il peut également lui être remis une copie du règlement intérieur.

Le souscripteur est tenu de remettre les notices et tous autres documents énumérés ci-dessus à l'ensemble des adhérents devenus membres participants (article L.221-6 du Code de la Mutualité).

## Section 3 : Le membre honoraire

### Article 7. La nomination

#### 7.1 – Le membre honoraire personne physique

Le membre honoraire personne physique

Le Conseil d'Administration peut admettre après examen des membres honoraires, personnes physiques, qui ont fait des dons ou rendu des services à la Mutuelle

Quand la candidature est acceptée, la personne doit alors signer un bulletin d'adhésion. Les membres honoraires ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

Le membre honoraire personne physique verse une cotisation spéciale définie à l'article 16 du présent règlement.

#### 7.2 – Le membre honoraire – contrat collectif

Au titre des opérations collectives facultatives, le membre

honaire est la personne physique qui signe un bulletin d'adhésion, paie une cotisation, appartient au groupe professionnel, interprofessionnel, d'entreprise ou associatif qui a signé le contrat collectif avec la mutuelle, mais qui ne bénéficie pas des prestations offertes par la mutuelle.

Il peut notamment s'agir de cadres ou de dirigeants souhaitant être membre honoraire à titre personnel.

L'obtention de ce statut est soumise à accord préalable du Conseil d'Administration.

Au titre des opérations collectives obligatoires, la personne morale ou l'employeur, souscripteur, peut devenir, sur sa demande expresse et sur accord préalable du Conseil d'Administration, membre honoraire de la mutuelle.

La personne morale ou l'employeur souhaitant devenir membre honoraire doit remplir à cet effet un bulletin d'adhésion.

**Ne peuvent pas devenir membre honoraire l'employeur ou la personne morale souscriptrice de l'un des contrats collectifs suivants :**

- **Tous les contrats souscrits pour lesquels la mutuelle n'intervient qu'en tant qu'intermédiaire mutualiste,**
- **Tous les contrats qui ont été confiés en gestion totale ou partielle à la mutuelle et pour lesquels la mutuelle n'assure pas le risque.**

## Section 4 – Exécution du contrat

### Article 8. Prise d'effet et durée du contrat

L'adhésion à la mutuelle prend effet au plus tôt au 1<sup>er</sup> jour qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion, à condition que l'ensemble des documents nécessaires à la constitution du dossier soient parvenus à la mutuelle. **A défaut, elle prendra effet au lendemain du jour de réception de l'ensemble de ces pièces ou de l'expiration du délai de résiliation de l'ancienne mutuelle.**

Aucun effet rétroactif n'est possible sauf accord écrit express de la mutuelle.

L'adhésion est valable à compter de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction par année civile, sauf démission, exclusion ou radiation dans les conditions visées aux articles 11, 12, 13.

### Article 9. Modification du contrat ou des garanties

Les demandes de modifications apportées au contrat d'adhésion par le membre participant sont adressées par écrit à la mutuelle.

Prend effet à la date de naissance, la déclaration de naissance effectuée par le membre participant dans un délai maximum de 45 jours à compter de l'événement et sous réserve de la fourniture des justificatifs nécessaires par le membre participant.

Prend effet au lendemain du décès, la radiation pour cause de décès déclaré à la Mutuelle sous réserve de la fourniture des justificatifs correspondant.

Prend effet, au premier jour du mois au cours duquel a été fournie l'information à la mutuelle : les modifications administratives telles que le changement d'adresse, le changement de banque, le changement de régime obligatoire de sécurité sociale, mariage, PACS, concubinage, divorce, et naissance déclarée entre le 46<sup>ème</sup> jour et le 60<sup>ème</sup> jour après la naissance. Le membre participant doit avoir fourni à la mutuelle les justificatifs nécessaires pour que la prise d'effet de cette modification administrative intervienne à la réception

par la mutuelle de la notification.

Prendent effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant celui au cours duquel l'événement est survenu les événements suivants à condition que les justificatifs nécessaires aient été fournis par le membre participant :

- les changements survenus dans la situation de famille entraînant un changement de la cotisation (naissance déclarée au-delà du 61<sup>ème</sup> jour à compter de la naissance, adoption, suppression ou ajout de bénéficiaires)
- ou tout autre événement ayant un lien direct sur l'exécution du contrat.

**À défaut de fourniture des justificatifs nécessaires, la modification prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la dernière.**

En dehors des modifications exprimées ci-dessus, toute demande de changement de garanties ne peut être acceptée par la mutuelle qu'après un an d'ancienneté dans la garantie ou l'option pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la dernière pièce est réceptionnée. La demande doit avoir été adressée par écrit à la mutuelle. Elle s'appliquera obligatoirement pour tous les bénéficiaires du contrat d'adhésion et fera l'objet de la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion ou d'un avenant.

Les délais de carence tels que prévus au présent règlement mutualiste pour les garanties supplémentaires souscrites sont alors inapplicables. Les limites et franchises annuelles déjà consommées au moment du changement demeureront applicables.

#### **Article 10. Engagement du membre**

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

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte intentionnelle entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 39 ci-après.

Le membre participant s'engage pendant toute la durée du contrat à informer la mutuelle lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle souscrite auprès de la mutuelle, dans le cadre d'une affiliation individuelle ou collective.

**Hormis le cas particulier de l'application de la garantie forfaitaire hospitalière prévue à l'article 36 du présent règlement, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale.** Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident contractés auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets **dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date d'adhésion ou de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat, peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix, en application des dispositions du décret n°90769 du 30 août 1990.**

#### **Article 10 Bis : Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme et contre la fraude**

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme

(LCB-FT) et à la lutte contre la fraude, le membre participant s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ladite obligation. Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droits, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique);
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par le membre participant peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la Mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude. Les éléments pouvant être demandés sont : dans tous les cas, une facture acquittée, avec un élément d'authentification du praticien / établissement (signature, cachet...), pour le dentaire, l'auditif, l'optique : un décompte de l'assurance maladie. En complément, uniquement en cas de suspicion de fraude, de blanchiment ou de financement du terrorisme et sous réserve d'une opposition de l'adhérent relatif au secret médical : la mutuelle pourra demander la communication de l'ordonnance, des radios pour les actes dentaires, la prescription d'appareils auditifs ou tout autre acte, des factures ou bons de livraison des équipements utilisés (optique, dentaire, auditif...), des justificatifs de paiement ou encaissement de prestation (relevé de CB ou compte bancaire où n'apparaît que l'opération en question), une confirmation écrite du praticien quant à la réalité de l'acte.

**En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaire au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire. En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaire au moment du versement des prestations, hors cas légitimes de secret médical, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés ou exercer, lorsque les conditions en sont remplies sa faculté de prononcer la déchéance ou l'exclusion du membre participant conformément à l'article 12.**

**Section 5 – Démission – Radiation – Exclusion - Déchéance**

## Article 11. Démission

### 11.1 - Règle générale

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans, au moins deux mois avant la date d'échéance.

Conformément à l'article L 221-10-2 du code de la mutualité, il est possible, après 1 an d'adhésion ou de changement de garantie, de résilier à tout moment le contrat. Cette résiliation prendra effet dans un délai de trente (30) jours après la réception de la notification de la résiliation par la mutuelle.

### 11.2 - Particularités

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, il peut également être mis fin à l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants, conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite personnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.
- Décès

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque cette adhésion avait pour objet la garantie de 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 ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

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

### 11.3 - Résiliation découlant d'autres dispositions légales ou réglementaires

**Le membre participant peut mettre fin à son adhésion dans les conditions de l'article L221-10-1 du Code de la Mutualité. A cet effet, pour les contrats à tacite reconduction, la Mutuelle rappelle la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt 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 de l'article précité, le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, 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.

**Par ailleurs, le membre participant peut mettre fin à son adhésion pour les motifs suivants :**

- **La mise en place d'un contrat collectif de même nature que les risques couverts par la mutuelle, à condition que ce contrat soit à titre obligatoire conformément aux dispositions de la loi EVIN et de l'article 83 du Code Général des Impôts et sur présentation d'un justificatif de l'employeur.**
- **Le bénéficiaire, pour lui-même et éventuellement pour ses ayants droit, de la Complémentaire Santé Solidaire, sur présentation d'un justificatif du régime obligatoire ayant accordé les droits.**
- **Par extension, la mutuelle accepte la démission de la part du membre participant lorsqu'il peut bénéficier d'une couverture de risques de même nature par l'intermédiaire de son conjoint, concubin ou pacsé, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, selon les mêmes dispositions que reprises ci-dessus.**

**La demande de résiliation devra être effectuée par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires et de la (ou des) cartes de tiers payant papier. La résiliation prend alors effet le dernier jour du mois au cours duquel l'ensemble des pièces aura été réceptionné par la Mutuelle.**

**Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, pour les opérations collectives facultatives, le membre participant peut, dans le délai de trente (30) jours à compter de la remise de la notice, également dénoncer son affiliation en raison des modifications apportées.**

### 11.4. Mode de résiliation

Conformément à l'article L221-10-3 du code de la mutualité, les modes de résiliation seront les suivants :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. À savoir sur l'espace adhérent sur l'onglet « Résiliation » ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

## Article 12. Exclusions, radiation et déchéance

### 12.1- Exclusions

**Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, conformément à l'article 9 des statuts. Ces membres en sont informés par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception.**

**Peuvent être exclus les membres qui ont commis des fausses déclarations intentionnelles entraînant la nullité des garanties accordées dans les conditions de l'article 39. Il est notamment porté atteinte aux intérêts de la Mutuelle lorsqu'il est sciemment utilisé au moment de la souscription et/ou tout au long de l'adhésion des documents falsifiés ou frauduleux (présentation de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations...) , ou en cas de violence, injure, insultes à l'égard de la Mutuelle, de ses collaborateurs ou représentants.**

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

### **12.2- Radiation**

**La mutuelle peut résilier le contrat, en cas de non-paiement de ses cotisations par le membre, dans les conditions fixées à l'article 22-1 et 22-2 du présent règlement.**

### **12.3- Déchéance**

**Le membre est déchu de tout droit à remboursement si au moment de la souscription ou tout au long de l'adhésion il a intentionnellement :**

**- Effectué une mauvaise ou fausse déclaration par déclaration inexacte ou omission intentionnelle (telle que fausse déclaration d'hospitalisation, omission de déclaration d'un autre organisme assurant le même type de garanties) ;**

**- Produit des faux ou utilisé des faux intentionnellement (faux certificats de radiation, fausse facture, faux décompte...);**

**- Escroqué ou tenté d'escroquer la Mutuelle ;**

**- Refusé de se soumettre intentionnellement et de mauvaise foi au contrôle légitime de la Mutuelle.**

**Il appartient à la Mutuelle d'établir le caractère frauduleux ou la mauvaise foi du membre.**

**La déchéance s'applique uniquement sur la prestation ou le groupe de prestations objets des dites falsifications, fraudes ou escroqueries. Les prestations déjà versées par la Mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu. Les cotisations demeurent intégralement dues à la Mutuelle.**

**Tout membre dont la fraude est avérée s'expose à la nullité des garanties conformément à l'article 39 du Règlement Mutualiste.**

**La déchéance est prononcée dans un délai de trente jours calendaires après l'envoi d'une notification écrite au membre, indiquant la cause de déchéance et l'invitant à fournir des explications dans le délai susvisé, si les explications fournies ne sont pas suffisantes ou si aucune explication n'est fournie.**

Conformément à l'article L.221-16 du Code de la mutualité, sont nulles toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire, en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel.

Sont nulles également toutes clauses frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire, à raison de simple retard apporté par lui, sans intention frauduleuse, à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités, ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour la mutuelle de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

### **Article 13. Conséquences de la démission, de la radiation, de l'exclusion**

**La perte de la qualité de membre participant entraîne de plein droit pour lui-même et ses ayants droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer d'autres formalités, la cessation des effets du contrat d'adhésion, des garanties accessoires attachées au contrat et de tous autres documents contractuels entre la mutuelle et le membre sauf application de dispositions légales spécifiques.**

### **Article 14. Réserve**

## **CHAPITRE 2 – Obligations de l'adhérent envers la Mutuelle**

### **LES COTISATIONS**

#### **Section 1 – Détermination des cotisations**

#### **Article 15. Généralités**

La cotisation est fixée annuellement. Lors de la prise d'effet de l'adhésion, la première cotisation est calculée à compter de cette date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La Mutuelle est à cotisations variables. Le montant de la cotisation de chaque adhérent est fixé de manière forfaitaire chaque année.

#### **Article 16. Exception**

En application de l'article 7 du présent règlement, le membre honoraire, personne physique, règle une cotisation annuelle non fractionnée. Son montant est de 20 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

Le membre honoraire, personne morale, règle une cotisation annuelle non fractionnée. Son montant est de 40 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

#### **Article 17. Détermination de la cotisation**

##### **17.1- Part fixe de la cotisation**

- Les frais techniques de fonctionnement,
- Les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Fédération), techniques (Unions Mutualistes, Caisses Autonomes, tous autres organismes autorisés par la loi), ou de l'Économie Sociale (associations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.
- La cotisation ALD Sport, assistance et protection juridique, dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par l'assureur ou le prestataire du contrat,
- Le cas échéant, la cotisation à l'association ANIP, association dite « loi Madelin ».

Peuvent également être ajoutées :

- Les cotisations obsèques, décès,
- La taxe relative à la Complémentaire Santé Solidaire, dont le taux est fixé par la loi,
- La mutuelle dispose de la faculté de faire payer un droit d'entrée aux membres participants visés à l'article 7 du présent règlement, lors de leur adhésion. Son montant est de 15 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation au Conseil d'Administration. Les membres participants définis à l'article 8 du présent règlement dans le cadre des opérations collectives ne sont pas concernés par ce droit d'entrée.
- Toute autre charge non interdite par la loi.

##### **17.2- Part variable de la cotisation**

###### **17.2.1 Critères de détermination de la part variable**

Pour déterminer le montant des cotisations, peuvent être retenus par la mutuelle les critères suivants :

- L'âge de chaque bénéficiaire adulte, âge calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et

l'année en cours,

- Le régime obligatoire d'affiliation,
- La durée d'appartenance au groupement,
- Le niveau de garanties souscrit,
- Les garanties optionnelles souscrites,
- Le nombre total de bénéficiaires.

En tout état de cause, la mutuelle ne peut fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. A ce titre, aucune déclaration de santé, ni questionnaire médical, ne sont à compléter au moment de l'adhésion.

De même, tout ressortissant étranger sur le sol français, bénéficiant d'un régime obligatoire français, se voit appliquer les mêmes conditions tarifaires qu'un assuré français.

### 17.2.2 Bases de calcul

La cotisation est calculée à partir du coût du risque constaté, afin d'aboutir à la détermination d'un coût par adulte et par enfant.

Pour les entreprises, sauf exception, le coût du risque est calculé pour un âge moyen et pour une population ayant souscrit à un même niveau de garanties.

Lorsque la cotisation est forfaitaire, c'est-à-dire quelle que soit la situation familiale du membre participant, le coût du risque se détermine en fonction du quotient familial des membres participants, salariés d'entreprise, ayant souscrit à un même niveau de garanties.

## Article 18. Particularités des contrats co-assurés et réassurés

### 18.1 - Contrats réassurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une réassurance totale, le coût du risque est déterminé par le réassureur auquel la mutuelle ajoute les charges telles que prévues à l'article 17 du présent règlement.

Si la réassurance est partielle, la mutuelle ajoute au coût du risque du réassureur le coût de son propre risque, ainsi que les charges prévues à l'article 17 du présent règlement.

### 18.1 - Contrats co-assurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une co-assurance, le coût du risque est communément défini entre les co-assureurs, en appliquant, si nécessaire, une quote-part de répartition des risques entre eux. Peuvent s'y ajouter les charges prévues à l'article 17 du présent règlement, ainsi que toutes autres charges propres aux autres co-assureurs.

## Article 19. Modalités tarifaires

### 19.1 - Adhésion individuelle

Sauf exception, les cotisations sont fixées par adulte, par enfant et par tranche d'âge.

Selon la garantie choisie, il n'est pas demandé de cotisation supplémentaire au-delà d'un nombre d'enfants déterminé par la garantie elle-même.

La garantie peut également prévoir des modalités qui lui sont propres quant à la détermination de la cotisation des enfants et des ayants droit.

L'ascendant ou descendant inscrit individuellement paie, sauf exception prévue par la garantie elle-même, la cotisation d'un adulte.

### 19.2 - Contrat à adhésion collective facultative ou obligatoire

Que le régime d'affiliation soit facultatif ou obligatoire, les cotisations peuvent être établies comme suit :

- Taux forfaitaire (quelle que soit la situation familiale),

- Personne seule/famille,
- 1 personne, 2 personnes, 3 personnes et plus,
- 1 personne, 2 personnes, 3 personnes, 4 personnes et plus,
- Adulte/enfant (avec ou sans gratuité au-delà d'un nombre d'enfants déterminé par la garantie elle-même).

Il peut éventuellement être retenu des tranches d'âge.

## Article 20. Révision des cotisations

Les cotisations sont annuelles et révisables, chaque année, à la date d'échéance du contrat, compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services.

Les taux et les montants des cotisations sont déterminés par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation annuelle de l'Assemblée Générale. Les décisions du Conseil d'Administration sont applicables immédiatement et doivent être ratifiées par la plus proche des Assemblées Générales.

Dans la mesure où la conjoncture le nécessite, le Conseil d'Administration, qui a reçu délégation pour un exercice déterminé, peut réajuster, en cours d'année, le montant des cotisations afin de faire face à une conjoncture particulière, et notamment, sans que la liste soit exhaustive : baisse des taux de remboursement pratiqués par les régimes obligatoires, hausses substantielles de certains honoraires ou dépenses diverses de santé, dérives des consommations médicales dûment constatées par les pouvoirs publics, etc.

Dans ce même contexte, le Conseil d'Administration peut décider du paiement d'une cotisation exceptionnelle, versée en une seule fois, afin de faire face à ces mêmes situations.

L'adhérent doit payer à la Mutuelle la cotisation appelée ainsi que les éventuels rappels de cotisation. Ceux-ci, conformément à l'article 4.4 des Statuts, sont décidés et fixés par son Conseil d'administration. En aucun cas, l'adhérent ne peut être engagé au-delà du maximum de cotisation, qui est fixé à deux fois le montant de la cotisation initialement appelée.

## Section 2 – Paiement et mode de règlement

### Article 21. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est fixée annuellement.

Lors de la prise d'effet de l'adhésion, la première cotisation est calculée à compter de cette date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le paiement de la cotisation annuelle peut être fractionné :

- soit mensuellement uniquement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, par dérogation et après accord écrit de la mutuelle, par chèque bancaire ou postal ou par paiement en ligne sécurisé par l'intermédiaire du site Internet de la mutuelle,
- soit trimestriellement, le règlement intervenant alors soit par prélèvement automatique soit par chèque bancaire ou postal soit par paiement en ligne sécurisé par l'intermédiaire du site Internet de la mutuelle.

La cotisation trimestrielle est payable d'avance.

La cotisation mensuelle est payable, selon le contrat souscrit, le 5, le 12 ou le 20 du mois pour le mois en cours à échoir.

En cas de rejet de prélèvement automatique ou du paiement en ligne ou en cas de chèque impayé, le membre participant se verra attribuer des frais de précontentieux. Dès le premier rejet de prélèvement, la Mutuelle se réserve le droit de modifier de mode de paiement. Dans ce cas, elle transformera les modalités de paiement de la manière suivante : paiement

d'avance, trimestriel et par chèque.

La cotisation peut être révisée par la mutuelle compte tenu de l'âge atteint par l'adhérent ou suite à la modification des tarifs par décision de l'assemblée générale ou du conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

La cotisation relative aux membres honoraires est payable annuellement sans fractionnement.

## **Article 22. Sanction du défaut de paiement**

### **22.1 – Garanties individuelles**

Dans le cadre des opérations individuelles, **à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue 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.**

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner et notamment de la **suspension des garanties trente jours après la mise en demeure. Le Membre Participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la suspension, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat. La mise en demeure informe l'adhérent de la date de radiation éventuelle.**

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation 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.

**Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.**

Les cotisations impayées donnent lieu à recouvrement. Des pénalités de retard et des frais de recouvrement seront dus par le Membre Participant. Leur montant est indiqué dans la lettre recommandée de mise en demeure.

### **22.2 – Garanties collectives**

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, **à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.**

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner et notamment de la **suspension des garanties trente jours après la mise en demeure et du maintien de l'obligation de paiement des cotisations pendant la durée de la suspension.**

**Le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la suspension le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne**

**morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.**

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

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

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Membre Participant, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner et notamment de la **suspension des garanties trente jours après la mise en demeure.**

**Le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la suspension le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.**

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

III. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

### **22.3 – Frais de rejets et d'impayés**

Les cotisations impayées donnent lieu à recouvrement. Des frais de rappel et de mise en demeure seront dus par le membre. Le montant de ces frais est indiqué dans la lettre de rappel ou de lettre recommandée de mise en demeure.

**Les membres participants radiés pour non-paiement des cotisations ne pourront adhérer de nouveau à la mutuelle qu'après accord écrit de la mutuelle et règlement des cotisations dues au moment de l'exclusion dans le respect des délais de prescription.** Dans ce cas, à compter de la date d'effet de cette nouvelle adhésion, les éventuels délais de carence sont applicables au membre participant et à ses ayants droit, dans les conditions fixées à l'article 32 du présent règlement.

## CHAPITRE 3 – Obligations de la Mutuelle envers l'adhérent

### LES PRESTATIONS

#### Section 1 – Les prestations santé assurées par la Mutuelle

##### Sous-section 1 – Dispositions générales

#### Article 23. Définition des prestations garanties

Les prestations versées par la Mutuelle figurent dans les tableaux de garanties remis à l'adhérent. Elles sont déterminées par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale. Ces décisions sont applicables immédiatement et ratifiées par la plus proche des Assemblées Générales.

Les remboursements réalisés par la Mutuelle sont fonction de la garantie et de l'option choisies par le membre participant, et de la période de couverture lors de son adhésion ou de la signature d'un avenant.

La garantie choisie est obligatoirement la même pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion ultérieure d'un nouvel ayant droit, la garantie retenue sera celle du ou des bénéficiaires déjà inscrits.

#### Article 24. Modification des prestations

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

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

Les nouveaux taux ou montants des prestations et de cotisations sont portés à la connaissance des adhérents par email, ou par courrier, ou sur l'espace adhérent, ou sur l'application mobile, ou par tout autre support permettant une notification individuelle et leur sont opposables à compter de cette notification.

#### Article 25. Contrats responsables

Sauf stipulation contraire, les contrats d'assurance maladie distribués par la Mutuelle sont des contrats responsables au regard des dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale.

En conséquence, les contrats respectent, sauf disposition spécifique spécifiée par le contrat lui-même, le cahier des charges des contrats responsables défini par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale.

À ce titre,

**- Ne sont pas prises en charge les garanties frais de santé suivantes :**

- **La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé (e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;**
- **Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;**
- **Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.**

- Sont prises en charge a minima les garanties frais de santé suivantes :

- L'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, excepté pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier
- L'intégralité du Forfait Patient Urgence ;
- les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des prix limite de vente pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100 % santé)**, 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 l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale
- Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des honoraires limite de facturation pour les actes relevant du panier à prise en charge renforcée (panier 100 % santé)**
- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des prix limite de vente pour les appareils auditifs appartenant à la classe I (100% santé)**

**- Sont plafonnés ou encadrés dans leur prise en charge, les dépenses de soins suivantes :**

- **Dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas aux dispositifs de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO (double limitation de 100% du tarif de responsabilité et du montant de prise en charge des dépassements minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité)**
- **Prise en charge des dépenses optiques encadrée par des plafonds et planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire et limitée à 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 L165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.**

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle communiquera avant la souscription, puis annuellement :

- Le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations « frais de santé » qu'elle verse et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties (P/C),
- Le montant et la composition de ses frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes,

Cette information est communiquée selon les modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale datant du 6 mai 2020.

Le P/C est Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties qui représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations

correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », les garanties évolueront selon les modalités prévues par la législation en vigueur.

#### **Article 26. Pratique du tiers payant**

La pratique du tiers payant consiste en un paiement direct, total ou partiel, des frais médicaux ou pharmaceutiques par la mutuelle au lieu et place du membre participant.

L'étendue du tiers payant dépend du régime obligatoire d'affiliation des bénéficiaires et du lieu de résidence. Le membre participant en est informé lors de la remise de la plaquette de garanties et des conditions particulières du contrat. Il lui est remis, lors de la souscription, une carte de tiers payant soit par voie numérique (email, espace adhérent, application mobile), soit en l'absence d'email, d'espace adhérent ou sur demande explicite de l'adhérent, par voie papier.

Cette dernière doit être impérativement restituée à la mutuelle ou détruite lorsque les garanties prennent fin.

En cas d'utilisation frauduleuse, la mutuelle se réserve le droit d'entamer des poursuites pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte. L'usage frauduleux s'entend ici, dans les délais impartis par les articles L.221-7 et L.221-8 du code de la mutualité, de l'utilisation par un adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations ou le bénéfice des services garantis par la mutuelle aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations. Toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables bénéficient du tiers payant et ce, au minimum jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité (y compris lorsque le ticket modérateur est forfaitisé) si un tel tarif existe pour la prestation ou l'acte visé. Le forfait hospitalier, couvert obligatoirement par les contrats responsables de manière intégrale et illimitée, bénéficie également, dans ce cadre, du tiers payant.

#### **Article 27. Pratique de la télétransmission avec les régimes obligatoires de sécurité sociale – Procédure NOEMIE**

La mutuelle reçoit des informations des régimes obligatoires, traite et paie la part complémentaire.

Cette procédure n'est applicable qu'à la condition que le membre participant ait transmis préalablement à la mutuelle les informations de Sécurité Sociale ou de régime obligatoire à jour pour lui-même et ses ayants droit. Le membre participant ne souhaitant pas bénéficier de la télétransmission des

informations par les régimes obligatoires pour lui-même et/ou ses ayants droit devra signifier par écrit son refus auprès des services de la mutuelle.

Il est à noter que pour certains suppléments, forfaits ou crédits, le traitement automatique ne peut être appliqué, le remboursement nécessitant l'envoi de justificatifs.

#### **Article 28. Forme et délais de paiement des prestations**

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

#### **À défaut, les remboursements seront effectués par chèque bancaire libellé à l'ordre du membre participant.**

Ces remboursements sont effectués dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit la réception du dossier lorsque la procédure de télétransmission n'est pas appliquée. Pour les personnes bénéficiant de la télétransmission, les modalités et délais sont ceux appliqués par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale. Tout justificatif nécessaire à la liquidation des prestations pourra être demandé par la Mutuelle, et notamment celles visées à l'article 33.1.

#### **Sous-section 2 – Définition des prestations remboursables**

#### **Article 29. Prestations remboursables au titre du ticket modérateur**

**Lorsque la garantie souscrite par le membre participant prévoit bien la prise en charge du soin**, le ticket modérateur est remboursé pour les soins pris en charge préalablement par la Sécurité Sociale tels que prévus ci-dessous **sous réserve des exclusions définies par les contrats responsables ou par le présent règlement.**

Peuvent être pris en charge au titre du remboursement du ticket modérateur, les soins et actes suivants :

- Maladie :
  - o Consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens généralistes ou spécialistes,
  - o Soins prodigués par les auxiliaires médicaux et les indemnités de déplacements,
  - o Les actes de petite chirurgie, de spécialistes, de radiologues,
  - o Les analyses, examens, actes de biologie,
  - o Les médicaments irremplaçables ou de confort, ainsi que les préparations magistrales prises en charge par la Sécurité Sociale.
- Appareillage : les dépenses d'achats, de location, de réparation des fournitures d'orthopédie, de petit et grand appareillage (i) pour les dépenses prises en charge par la sécurité sociale telles que prévues au T.I.P.S. (tarif interministériel des prestations sanitaires) ou (ii) pour les dépenses non prises en charge par la Sécurité Sociale telles que prévues au VIDAL. Peuvent notamment être pris en charge selon les éléments indiqués dans la plaquette de garanties : prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique, prothèse capillaire, prothèse mammaire, accessoires d'orthopédie,
- Optique : toutes les dépenses d'achat, de réparation de fourniture d'optique, verres, montures, lentilles cornéennes, prises en charges par la Sécurité sociale.
- Dentaire : les dépenses relatives aux actes techniques, d'imagerie, de chirurgie, soins, prothèses, couronnes, implants dentaires et parodontologie pour lesquels la Sécurité Sociale a participé au remboursement
- Cures Thermales : la mutuelle effectue le remboursement complémentaire des frais médicaux, du forfait thermal, dans la mesure où la cure a fait l'objet d'un accord préalable

du régime obligatoire.

- Hospitalisation : est pris en charge le remboursement des soins, honoraires, frais de salle d'opération, et tous autres actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation qu'elle qu'en soit le motif et sous réserve de la prise en charge par la Sécurité Sociale.
- Transports : la mutuelle rembourse les frais de transport en ambulance, véhicule sanitaire léger, SAMU, tous autres moyens de transport habilités, ou éventuellement frais de taxi, véhicule personnel, dans la mesure où la Sécurité Sociale les a pris en charge préalablement.
- Actes de prévention dans la liste prévue par l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale et précisés dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.

### **Article 30. Prestations remboursables au titre d'un supplément, d'un forfait ou d'un crédit**

Dans le cadre des conditions particulières prévues au contrat, la mutuelle peut être amenée à rembourser, sous forme de suppléments, forfaits ou crédits, certains soins ou actes selon les modalités indiquées aux conditions ci-dessus rappelées.

**Sauf exceptions explicites, le paiement de ces prestations est subordonné à la prise en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.**

En tout état de cause, les remboursements s'opèrent **dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.**

**À l'exception de ceux relatifs aux équipements d'optique médicale et d'aide auditive**, lorsque les forfaits sont fixés par périodes annuelles, l'annualité ou pluri-annualité est appréciée et se renouvelle soit à la date d'affiliation de chaque bénéficiaire, soit par année civile, soit par année scolaire selon dispositions prévues au contrat ou dans la grille de garantie. **La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.**

Peuvent être pris en charge au titre du remboursement de suppléments, forfaits ou crédits :

- Dépassements d'honoraires : sont considérés comme dépassements d'honoraires les sommes réclamées par certains praticiens dûment habilités à pratiquer des honoraires libres et déclarés comme tels auprès des régimes de Sécurité Sociale. La mutuelle, selon les conditions particulières du contrat, **et dans les limites fixées par les contrats responsables**, rembourse les dépassements d'honoraires. **Sauf exceptions prévues au contrat, la mutuelle ne rembourse pas les honoraires de professions non conventionnées ou non reconnues comme telles par la Sécurité Sociale.**

Plus précisément, dans le cadre des dispositions issues de la définition des contrats responsables, **les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO, sont limités doublement, dans le respect des dispositions des contrats responsables, de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.**

- Appareillage: la mutuelle peut être amenée, **si les garanties souscrites le prévoient**, à régler des suppléments, forfaits ou crédits, **selon les modalités fixées aux conditions particulières, pour l'achat, la réparation ou la location**

**d'appareillages tels que rappelés à l'article 29 et pris en charge par la Sécurité Sociale.**

- Optique : **selon les conditions particulières prévues au contrat**, la mutuelle verse des crédits pour l'acquisition des lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale pour chaque personne bénéficiant des prestations. **Sauf exceptions prévues aux conditions particulières**, les crédits sont versés annuellement, selon l'échéance fixée par le contrat. Toutefois, dans la mesure où le montant du crédit n'est pas intégralement versé, le solde est reportable au cours de l'année, selon l'échéance fixée par le contrat. Les crédits sont versés suite à l'achat, au remplacement total ou partiel de l'appareillage, suite à une prescription médicale ou à une casse ou suite à un contrôle de vue effectué par un opticien dans le respect des dispositions légales et réglementaires. Les lentilles cornéennes refusées par la Sécurité Sociale sont remboursables dans la mesure où elles ont été prescrites médicalement y compris les lentilles cornéennes jetables. **Sont exclus des remboursements les consommables d'entretien, les accessoires (étuis, etc.), les appareillages anti-solaires sans prescription médicale et/ou sans correction visuelle, les lentilles cornéennes colorées, ainsi que toute fourniture à but purement esthétique.**

Dans le cadre du respect des contrats responsables, les forfaits « optique » comprennent le montant du ticket modérateur et de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ces forfaits sont fixés pour une prise en charge d'un équipement complet (montures + verres) 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 de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, la période de deux ans pour les assurés de plus de 16 ans est réduite à un an pour le renouvellement d'un équipement complet en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale ou par un opticien. La période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale d'un ophtalmologiste. Aucun délai minimal n'est requis pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement et faisant l'objet d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La période de renouvellement est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur la période correspondant à son cas corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Correction laser de la myopie : la mutuelle peut prendre en charge, si les conditions particulières le prévoient, les honoraires de chirurgie laser.

- Dentaire : Pour les actes techniques, d'imagerie, de chirurgie, soins, prothèses, couronnes, implants dentaires et parodontologie acceptées par la sécurité sociale et selon conditions particulières prévues par la garantie, la mutuelle prend en charge les suppléments réclamés par les praticiens.

Pour les actes, soins, prothèses, implants, couronnes et parodontologie non pris en charge par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de certaines dépenses selon les conditions prévues par la garantie.

- **Auditif** : Dans le cadre des contrats responsables, les forfaits « auditifs » comprennent le montant du ticket modérateur et de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ces forfaits sont fixés pour une prise en charge d'un équipement par oreille. Le renouvellement s'effectuera par période de 4 ans pour chaque oreille.
- **Orthodontie** : En complément des remboursements opérés par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut accorder, selon les modalités fixées aux conditions particulières du contrat, des crédits, forfaits ou suppléments. De même, ces conditions peuvent prévoir la participation de la mutuelle aux traitements orthodontiques refusés par les régimes de Sécurité Sociale.
- **Hospitalisation** :
  - o Honoraires,soinsexamens:enfonctiondesdispositions prévues aux conditions particulières du contrat, et dans le respect des dispositions des contrats responsables, la mutuelle peut intervenir sur les dépassements pratiqués par certains praticiens, sans que la liste soit exhaustive : chirurgiens, médecins, spécialistes, anesthésistes, sages-femmes, etc., et ce, quelle que soit la nature de l'hospitalisation.
  - o Forfait journalier hospitalier : La mutuelle prend en charge le forfait journalier hospitalier fixé par les pouvoirs publics et selon les conditions particulières du contrat, et ce, quelle que soit la nature de l'hospitalisation. Dans le respect des dispositions des contrats responsables, ce forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée.
  - o Chambre particulière : la mutuelle peut intervenir sur les frais de chambre particulière. Les montants et modalités sont fixés aux conditions particulières du contrat.
  - o Frais d'accompagnement : selon les conditions particulières prévues au contrat, la mutuelle rembourse les frais d'accompagnement du Membre Participant et de ses ayants droit suivants: petit déjeuner, repas, couchage, **à l'exclusion des frais de téléphone ou autres**. Pour les établissements ne permettant pas l'hébergement de l'accompagnant d'un enfant, la mutuelle interviendra sur les frais d'hébergement d'hôtellerie proche du lieu de séjour de l'enfant **et dans les mêmes limites que celles prévues pour un hébergement intra-muros**.
  - o Services spécialisés : la prise en charge des frais de séjours en services spécialisés de repos, convalescence, psychiatrie, tabacologie, désintoxication, de placements médicaux sociaux, **est limitée par la garantie elle-même, s'ils ont donné lieu à un remboursement de la Caisse Obligatoire d'Assurance Maladie**. Elle n'est pas limitée lorsque cette limitation serait contraire aux dispositions du cahier des charges des contrats responsables.
- **Cures thermales** : la mutuelle peut accorder, selon les conditions particulières prévues au contrat, des suppléments, forfaits ou crédits. Ceux-ci permettent le remboursement de frais supplémentaires occasionnés lors d'une cure et notamment : dépassements d'honoraires, frais de séjours, sur présentation des justificatifs correspondants. De même, il peut être alloué, selon les conditions particulières du contrat, des frais d'accompagnant pour les enfants afin

de rembourser les frais de repas ou de couchage et sur présentation de justificatifs.

- **Transports cures thermales**: si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle rembourse certains suppléments facturés lors des transports. Sauf disposition particulière prévue dans la plaquette de garanties, il est rappelé que le remboursement du transport et de l'hébergement sont conditionnés à une prise en charge de la Sécurité Sociale.
- **Maternité – Adoption – Mariage** : la mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors de la naissance d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois qui suivent sa naissance, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant la naissance de l'enfant. De même, une prime peut être accordée lors de l'adoption d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois où l'adoption a été reconnue par l'autorité judiciaire, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant l'adoption de l'enfant. La mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors du mariage d'un adhérent, sur présentation de l'acte de mariage. Cette aide peut être cumulée en cas de mariage de deux membres participants.
- **Médecine douce** : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour tout acte de médecine douce. L'ensemble des spécialités reconnues comme de la médecine douce par la Mutuelle, quelle que soit la dénomination qui en est faite aux conditions particulières du contrat, est : l'ostéopathie, l'étiopathie, l'homéopathie, la diététique, la nutrition, la chiropractie, l'acupuncture aromathérapie, ayurveda, chromothérapie, craniothérapie, faciathérapie, hypnothérapie, kinésiologie, médecine traditionnelle chinoise, médecine quantique, méthode tomatis, naturopathie, oligothérapie, phytothérapie, réflexologie plantaire, shiatsu, yoga iyengar.
- **Éternelle Jeunesse** : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour des traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels. Sont considérés comme traitements ou stimulants tous les traitements éligibles sous appellation de médicaments selon LE VIDAL.
- **Automédication** : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour tout acte d'automédication. Sont considérés comme de l'automédication : remboursement de tous les médicaments éligibles sous l'appellation médicament selon LE VIDAL ainsi que autotensiomètre, dépistage de l'infection urinaire (uritest), dépistage du sang dans les selles (hémocheck), mouche-bébé, patch anti-douleur, produit de prévention solaire (crème), sérum physiologique, test d'ovulation, test de grossesse, troubles du sommeil (crème), érythème fessier du nourrisson, médicaments homéopathiques, brossettes interdentaires, produit pour lentilles). Liste susceptible d'évolution.
- **Sport sur ordonnance ou ALD Sport** : si les conditions particulières le prévoient ;
- **Soins à l'étranger** : la prise en charge des remboursements liés à des soins effectués à l'étranger **est effectuée sous condition de prise en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou ses ayants-droits et sur la base du remboursement et selon le code fourni par la Sécurité Sociale et les tarifs de remboursements français. C'est-à-dire que le remboursement est**

**identique quel que soit le type de prestation réalisé. Pour les pays en dehors de l'Union Européenne ou de l'accord sur l'Espace économique européen, le remboursement sera effectué dans la limite de 500 €/an et de la dépense engagée.**

- Actes non remboursés par les régimes obligatoires : des dispositions particulières prévues aux contrats peuvent prévoir une prise en charge totale ou partielle des actes non remboursés par les régimes obligatoires.

Lorsque la garantie souscrite telle que figurant aux conditions particulières du contrat prévoit bien la prise en charge du soin, le ticket modérateur est intégralement remboursé pour les soins pris en charge préalablement par la Sécurité Sociale tels que prévus ci-dessus, **sous réserve des exclusions et limitations prévues par les contrats « responsables » (L 871-1 et R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale).**

### **Article 31. Exclusions**

**Les prestations ne peuvent être versées si les prestations sont portées à la connaissance de la Mutuelle plus de deux ans après la date du soin considéré.**

**Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine :**

- **Les traitements, interventions à but esthétique (sauf s'ils sont pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale),**
- **Les soins à l'étranger non pris en charge par un régime de sécurité sociale français ou de l'Union Européenne,**
- **Les soins postérieurs à la date de fin de garanties en cas de résiliation ou d'exclusion,**
- **Les prix de journées au sein d'établissements de court, moyen ou long séjour (V60, V120, V240), de maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD), d'accueil de jour ou temporaire, ou de foyers de vie, de foyers à double tarification, de foyers d'hébergement, des établissements occupationnels (S.O.T – S.O.A. – A.O.T.) pour personnes handicapées, ou de maison d'accueil spécialisée (MAS).**
- **Les accidents occasionnés en milieu scolaire et pris en charge en totalité par un autre organisme d'assurance.**

**Néanmoins, ces clauses d'exclusion ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout autre texte en vigueur relatif aux Contrats responsables ».**

**La preuve de l'exclusion incombe à la Mutuelle.**

#### **Sous-section 3 – Modalités de prise en charge**

### **Article 32. Délais de carence**

La mutuelle dispose de la faculté de pratiquer un délai de carence, selon les garanties souscrites et comme précisé sur les plaquettes de garanties, délai de carence à l'expiration duquel le droit aux prestations prend effet.

Ces délais de carence ne sont pas applicables en cas de changement de contrat et ne doivent pas limiter les garanties issues de la réglementation du contrat responsable.

### **Article 33. Règles générales**

#### **33.1– Pièces à fournir**

Sauf procédure de télétransmission effective ou de tiers payant intégral, les remboursements de prestations sont

effectués sur présentation de décomptes de Sécurité Sociale adressés aux assurés sociaux, éventuellement du décompte d'un organisme complémentaire si la mutuelle intervient en deuxième assureur, accompagné des justificatifs suivants :

- Honoraires chirurgien, anesthésiste, spécialiste, transport, appareillage, cure, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, optique, frais d'accompagnant : facture acquittée,
- Prothèse dentaire refusée Sécurité Sociale : facture nominative acquittée + attestation du chirurgien-dentiste indiquant précisément la nature des soins, prothèses, appareils.
- Orthodontie refusée : facture nominative acquittée + attestation du praticien indiquant la nature de la pathologie nécessitant son intervention.
- Prime à la maternité : acte de naissance ou copie du livret de famille.
- Prime de mariage : acte de mariage

Lorsque les frais de santé ont été réglés en tiers payant partiel, l'adhérent a avancé les frais correspondant à la part prise en charge par la mutuelle. Pour obtenir le remboursement l'adhérent doit informer la Mutuelle de cette dépense, en lui fournissant soit :

- La facture acquittée,
- Le décompte de Sécurité sociale qui mentionne la dépense concernée
- Une demande indiquant impérativement : le type de dépense de santé, la date de la dépense, le montant acquitté et le nom du professionnel de santé.

Les prestations seront remboursées si les soins ont été terminés durant la durée de couverture de votre contrat. Ainsi, les dates retenues pour permettre le remboursement des prestations sont :

- 1/ Soins télétransmis ou en tiers payant intégral ou partiel :
  - pour les soins uniques : la date de soin telle que transmise par la sécurité sociale
  - pour les actes ou soins continus ou qui relèvent d'un même traitement : réalisation du dernier acte présenté à remboursement ou la date de fin des soins telle qu'indiquée par la sécurité sociale ;
- 2/ Soins non pris en charge par la sécurité sociale :
  - concernant les soins uniques : la date de soin telle qu'indiquée par le praticien sur la facture ;
  - concernant les actes ou soins continus ou qui relèvent d'un même traitement : réalisation du dernier acte présenté à remboursement ou la date de fin des soins indiquée par le praticien sur la facture.

#### **33.2– Droit de contrôle**

En cas de suspicion de fraude caractérisée, la Mutuelle peut :

- Vérifier la conformité, l'existence, la cohérence et la proportionnalité des soins ;
- Effectuer des contrôles sur pièces de manière proportionnée au risque ;

- Demander un contrôle médical par tout professionnel agréé. En cas de contrôle agréé, l'adhérent a la faculté de se faire assister lors du contrôle par un médecin de son choix et d'être prévenu des modalités d'examen demandés par la Mutuelle ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

- Demander toute pièce justifiant exclusivement de l'existence de la dépense et de son remboursement par le régime obligatoire. Elle peut demander la transmission de toute pièce, le cas échéant à l'attention du médecin conseil sous pli cacheté avec la mention « confidentiel » de nature à éclairer sa décision de prise en charge.

**En cas de refus de mauvaise foi de fournir les justificatifs ou de se soumettre au contrôle, ou lorsque les résultats**

**de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, ce refus pourra être interprété comme une réticence ou omission pouvant entraîner l'exclusion de l'adhérent ou la nullité des garanties.**

**En cas de désaccord entre l'adhérent et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du Tribunal Judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente.** La Mutuelle et l'adhérent supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination du médecin. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors un caractère obligatoire pour la Mutuelle et l'adhérent.

## Section 2 – Les autres prestations assurées par la Mutuelle

### Article 34. Prévention

Dans le cadre de ses activités, la mutuelle propose à ses adhérents des actions de prévention. Celles-ci ont pour but de sensibiliser les membres participants à la prévention des risques de santé. Les membres participants sont informés des actions entreprises, des services mis à leur disposition à cet effet, des partenariats conclus avec certains organismes, des prestations spécifiques auxquelles ils ont droit. Pour ce type de prestations non prises en charge par les régimes obligatoires, le membre participant doit fournir à la mutuelle une facture acquittée.

**Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine l'un des cas d'exclusion visés à l'article 31 du présent règlement mutualiste.**

### Article 35. Secours exceptionnel

La mutuelle peut, sur un budget spécifique que détermine annuellement l'Assemblée Générale, accorder des secours aux adhérents et à leurs ayants droit, à jour de leurs cotisations.

Tout adhérent rencontrant des difficultés particulières ou qui a besoin soit de soins indispensables et coûteux, soit de traitement lourd, peut faire parvenir à La Mutuelle une demande de secours. Les demandes sont examinées par une Commission spécifique composée d'élus mutualistes qui statue sur le dossier constitué auprès des services administratifs, auquel sont joints les justificatifs des ressources de la famille, des dépenses engagées et de leur motivation.

Les pièces justificatives à joindre à la demande de secours sont :

- une lettre de motivation envoyée par courrier ou déposée à l'accueil du siège ou d'une agence de la Mutuelle.
- copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- factures acquittées ou devis et éventuellement décomptes du régime obligatoire.
- copie des décisions d'accord ou de refus d'autres organismes et sans que la liste soit exhaustive : CPAM, CARSAT, Conseil Général, CAF, Caisses de retraites, MDPH, etc....
- et éventuellement tout autre document relatif à la situation financière du membre participant et notamment attestation d'indemnités Pôle Emploi, etc....

Le paiement des secours exceptionnels se fait uniquement sur factures acquittées par chèque bancaire libellé à l'ordre de l'adhérent après avis favorable de la commission chargée

de l'étude du dossier. À titre exceptionnel, le paiement peut être effectué directement soit aux Centres Hospitaliers soit aux Professionnels de Santé.

Cette prestation revêt un caractère exceptionnel pour des besoins urgents, et notamment, de façon non exhaustive : maladie grave ou prolongée, blessure, accident, aide à un handicapé, décès d'un ayant droit. Une Commission est chargée d'examiner les demandes.

En tout état de cause, la Mutuelle ne peut intervenir que lorsque tous les recours gracieux auprès d'autres organismes ont été épuisés et notamment, sans que la liste soit exhaustive : régimes obligatoires, Caisses d'Allocations Familiales, collectivités locales ou territoriales, Caisses de Retraite, MDPH, etc...

### Article 36. Garantie forfaitaire hospitalière

La mutuelle offre à ses adhérents la possibilité de souscrire à une garantie d'indemnités forfaitaires hospitalières accessoire au contrat principal de complémentaire santé. Cette garantie a pour objet de verser une indemnité forfaitaire au bénéficiaire hospitalisé pour chaque jour d'hospitalisation, selon les conditions définies au contrat. La souscription à cette garantie est facultative. Sa résiliation est automatique au jour de la radiation ou de la résiliation du contrat principal de complémentaire santé.

### Article 37. Garantie Obsèques - Garantie Décès

**La garantie Obsèques ou Décès est une garantie incluse dans certains contrats individuels et collectifs. Elle est dépendante de la souscription du contrat complémentaire santé dans lequel elle est incluse. Elle ne peut pas être souscrite seule.**

**En cas de changement de garantie, si la nouvelle garantie ne comporte pas d'option Obsèques ou Décès, la garantie Obsèques ou Décès précédemment souscrite cesse de produire ses effets sans indemnité ni remboursement pour le membre participant. Elles ne font pas l'objet de rachat.**

Ces garanties couvrent la tête du membre participant et celle de ses ayants droit déclarés à la Mutuelle sur le Bulletin d'adhésion et selon ce qui est inscrit dans la grille de garanties.

#### 37.1 - Nature des garanties

##### Garantie Obsèques :

La garantie obsèques assurée par la Mutuelle consiste, en cas de décès, dans le versement d'une indemnité aux bénéficiaires désignés soit selon la clause type incluse au règlement mutualiste, soit choisis par le membre participant. **Ce capital est versé dans le but exclusif de financer les obsèques du défunt à l'exclusion de toute autre utilisation**, sauf pour l'éventuel surplus. **Toutefois, le capital garanti pourrait ne pas être suffisant pour couvrir le coût des obsèques.**

**Sont bénéficiaires de cette garantie, à défaut de désignation autre** (en tant que bénéficiaire de premier ou de second rang) :

- la personne physique qui a financé les obsèques du souscripteur à hauteur des frais engagés
- ou à défaut, l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques du souscripteur **dans la limite des frais engagés**
- et pour le surplus :
  - le conjoint marié ou pacsé au moment du décès du souscripteur du contrat (à condition qu'aucune décision de divorce ou de rupture de pacs définitive ne soit intervenue)
  - à défaut, les enfants de la personne décédée nés ou à

naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'entre eux sans descendant,

- à défaut, les héritiers ou ayant-droit de la personne décédée.

Si le membre participant ne souhaite pas que l'indemnité obsèques soit versée selon la clause type ci-dessus, il peut procéder à la désignation de tout autre bénéficiaire. Il est conseillé de désigner systématiquement de manière subsidiaire « à défaut les héritiers ou ayants-droit de la personne décédée » et d'indiquer « ayant procédé au financement de mes obsèques » ou « uniquement aux fins de financement de mes obsèques ». Cette désignation peut être faite au bulletin d'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est désigné, le membre participant peut indiquer les coordonnées de ce dernier qui seront alors utilisées par la mutuelle en cas de décès. Le membre participant peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, si le bénéficiaire nommément désigné a accepté la désignation faite à son profit, cette désignation devient irrévocable et la personne assurée ne peut plus procéder à un changement de celle-ci. Le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse renoncer au bénéfice de la garantie. En conséquence, le capital garanti sera attribué en fonction de la rédaction de la clause, soit aux autres bénéficiaires de même rang, soit aux bénéficiaires subséquents, soit aux représentants du renonçant. Si la clause-type est applicable, l'attribution est effectuée au(x) représentant(s) du renonçant, à défaut, aux bénéficiaires de même rang, à défaut aux bénéficiaires de rang subséquent.

Conformément à l'article L.223-16 du code de la mutualité, le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse céder le bénéfice de la garantie à toute personne de son choix dans les conditions de l'article 1690 du code civil.

Conformément aux dispositions de l'article L.223-5 du code de la mutualité, l'assurance en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toute adhésion réalisée en violation de cette prohibition est nulle. Aucun capital ni aucune indemnité obsèques ne pourra être versé par la mutuelle dans ce cas. De même, une garantie en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de 12 ans sans l'autorisation de ses parents investis de l'autorité parentale, son tuteur ou curateur et sans le consentement personnel du mineur.

#### Garantie Décès :

La garantie décès assurée par la Mutuelle consiste dans le versement d'un capital décès aux bénéficiaires désignés soit selon la clause type incluse au règlement mutualiste, soit nommément désignés par le membre participant en cas de décès. Ce capital est librement utilisable par le bénéficiaire désigné. Elle est proposée en complément de la souscription d'un contrat complémentaire santé.

Sont bénéficiaires de cette garantie, à défaut de désignation autre (en tant que bénéficiaire de premier ou de second rang) :

- le conjoint marié ou pacsé au moment du décès du souscripteur du contrat (à condition qu'aucune décision de divorce ou de rupture de pacs définitive ne soit intervenue)
- à défaut, les enfants de la personne décédée nés ou à naître,

vivants ou représentés par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'entre eux sans descendant,

- à défaut, les héritiers ou ayants-droit de la personne décédée par parts égales.

Si le membre participant ne souhaite pas que le capital décès soit versé selon la clause type ci-dessus, il peut procéder à la désignation de tout autre bénéficiaire. Il est conseillé de désigner systématiquement de manière subsidiaire « à défaut les héritiers ou ayants-droits de la personne décédée ». Cette désignation peut être faite au bulletin d'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est désigné, le membre participant peut indiquer les coordonnées de ce dernier qui seront alors utilisées par la mutuelle en cas de décès. Le membre participant peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, si le bénéficiaire nommément désigné a accepté la désignation faite à son profit, cette désignation devient irrévocable et la personne assurée ne peut plus procéder à un changement de celle-ci.

Le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse renoncer au bénéfice de la garantie. En conséquence, le capital garanti sera attribué en fonction de la rédaction de la clause, soit aux autres bénéficiaires de même rang, soit aux bénéficiaires subséquents, soit aux représentants du renonçant. Si la clause-type est applicable, l'attribution est effectuée au(x) représentant(s) du renonçant, à défaut, aux bénéficiaires de même rang, à défaut aux bénéficiaires de rang subséquent.

Conformément à l'article L.223-16 du code de la mutualité, le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse céder le bénéfice de la garantie à toute personne de son choix dans les conditions de l'article 1690 du code civil. Conformément aux dispositions de l'article L.223-5 du code de la mutualité, l'assurance en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toute adhésion réalisée en violation de cette prohibition est nulle. Aucun capital ni aucune indemnité obsèques ne pourra être versé par la mutuelle dans ce cas. De même, une garantie en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de 12 ans sans l'autorisation de ses parents investis de l'autorité parentale, son tuteur ou curateur et sans le consentement personnel du mineur.

### **37.2 – Souscription et Durée de la garantie**

La garantie décès ne peut être souscrite par un adhérent de plus de 70 ans.

Le droit aux garanties décès et obsèques ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de la prise d'effet de la garantie décès ou obsèques à la mutuelle.

**Les garanties obsèques et décès assurées par la Mutuelle Just sont temporaires et annuelles du 1er janvier au 31 décembre.** La reconduction ou la suppression de ces garanties est décidée chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

### **37.3 - Résiliation de la garantie**

La résiliation peut être demandée par le membre participant par lettre recommandée avec accusé de réception ou en se connectant sur son espace personnel adhérent dans l'onglet « résiliation », moyennant le respect d'un délai de deux mois avant la date de reconduction du contrat.

**La garantie décès cesse aussi dès qu'il y a résiliation du contrat complémentaire santé auquel elle est associée et en cas de changement de garantie si la nouvelle garantie ne comporte pas d'option Obsèques ou Décès.**

#### **37.4 - Risques exclus**

**Le capital décès et l'indemnité obsèques ne sont pas versés par la mutuelle :**

**- Si la personne décédée s'est donné volontairement la mort au cours de la première année suivant la date de prise d'effet de l'adhésion ;**

**- Si le décès a pour origine :**

- **l'usage de drogue, médicament ou tranquillisant non prescrits médicalement ;**
- **la pratique de sports à titre professionnel ou amateur utilisant des engins à moteur, engins volants, parachutisme, alpinisme de haute montagne, spéléologie, plongée sous-marine ;**
- **la manipulation volontaire, la détention ou l'utilisation d'engins de guerre ;**
- **la participation volontaire à des paris, duels ;**
- **la participation volontaire à des manifestations populaires, rixes (sauf légitime défense constatée) ;**
- **la guerre civile ou étrangère ;**
- **la manipulation, le transport de combustibles nucléaires ou déchets radioactifs, ou son explosion**
- **un engin destiné à exploser par suite de la transmutation ou de la désintégration du noyau de l'atome.**

**Par ailleurs, la garantie cesse ses effets à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré.**

#### **37.5 - Paiement de l'indemnité**

Le paiement de l'indemnité obsèques et/ou du capital décès par la mutuelle intervient après réception par la mutuelle des pièces justificatives demandées et ce dans un délai maximum de un mois à compter de la réception de ces pièces.

Les pièces demandées sont :

Concernant le défunt :

- Un acte de décès
- Le certificat médical de mort naturelle OU le constat de décès précisant la cause du décès OU si la mort est accidentelle : le procès-verbal de gendarmerie

Pour le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) :

- La photocopie de la pièce d'identité recto-verso en cours de validité du ou des bénéficiaires/héritiers ou l'extrait d'immatriculation de la personne morale
- Le cas échéant, le jugement de tutelle du bénéficiaire
- Le RIB de chaque bénéficiaires/ héritiers/ pompes funèbres
- Si un des bénéficiaires souhaite renoncer au bénéfice du capital : la renonciation au capital décès/à la garantie obsèques
- En cas de paiement à un seul des bénéficiaires : Une attestation de porte-fort au profit d'un seul bénéficiaire

Des documents complémentaires pourront être demandés notamment en cas d'absence de désignation nominative de bénéficiaires, en cas de paiement aux pompes funèbres, en cas de demande de paiement à un seul bénéficiaire.

## **CHAPITRE 4 – Dispositions diverses**

### **Article 38. Prescriptions**

Conformément à l'article L221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le titre II : « Opérations des mutuelles et des unions. (Articles L221-1 à

L227-1) » du Livre II du Code de la mutualité sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court,

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque connu, du fait du membre participant, 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.

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

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant, pour les engagements dont l'exécution dépend de la vie humaine, ou qui ont pour but le versement d'un capital en cas de mariage ou naissance, et lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé pour les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes (article L.221-11 du Code de la Mutualité).

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. (L.932-13)

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 résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L.221-12 du Code de la Mutualité).

### **Article 39. Nullités**

Selon les dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration dénature le caractère aléatoire du risque, 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.

Par dérogation en matière d'assurance décès, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital garanti est réduit en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt.

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi ou le caractère intentionnel n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion, dans le cadre des règlements, ou du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; **à défaut d'accord de celui-ci, le contrat ou l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.** La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion 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.

## Article 40. Litiges et réclamations

### 40.1- Réclamations

Ne sont pas des réclamations : une demande d'information ou de clarification, une demande de service ou de prestation. Une réclamation est une action manifestant un mécontentement sur le traitement de vos demandes.

Votre réclamation peut concerner :

- Mes cotisations (encaissement, tarif)
- Mes prestations (remboursements, licence sportive, forfaits optique auditif ou dentaire)
- Ma souscription (changement de garantie, offre commerciale)
- La gestion de mon contrat (carte tiers payant, changements d'adresse ou de RIB, liaison Noémie...)
- Ma radiation (modalités de radiation, radiation d'un bénéficiaire)
- Autre sujet (parrainage, prévoyance ou autre)

En cas de réclamation, nous vous remercions de formuler votre demande auprès de **vos conseiller commercial** habituel ou de **notre centre d'appel au 0 809 546 000**.

En cas de persistance de votre réclamation, vous pouvez saisir **notre service réclamations** par écrit :

- Soit par le biais de notre formulaire de contact sur le site institutionnel : <https://www.just.fr/contact>,
- Soit par le biais de notre formulaire de réclamation dédié sur votre espace adhérent,
- Soit par courrier postal à l'adresse du siège « Mutuelle Just – Service réclamations, 53 avenue de Verdun, BP30259, 59306 Valenciennes Cedex. »

Un retour vous est adressé dans les 10 jours ouvrables soit pour réponse à votre demande, soit pour confirmation de la bonne réception et traitement de votre demande. La Mutuelle Just s'engage à formuler une réponse dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse du service réclamations, vous pourrez saisir la **Commission « Statuts, Veille Juridique, Conflits, Élections »** par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse du siège de notre mutuelle : 53 avenue de Verdun, CS30259, 59306 Valenciennes Cedex.

La commission se réunit dans les trois mois de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception et transmet

sa réponse dans un délai maximum de 10 jours après la réunion par lettre recommandée avec accusé de réception. Le requérant peut demander à être entendu par la commission s'il le souhaite.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les actions de prévention ou les secours exceptionnels doit parvenir à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement par la mutuelle.

Pour les autres prestations de la mutuelle sont applicables les délais de prescription de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité tels qu'énoncés à l'article 38 du règlement mutualiste.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir les **juridictions compétentes** ou recourir à la **médiation**.

### 40.2- Médiation

Pour favoriser la résolution amiable et confidentielle des litiges qui opposent Mutuelle Just à ses adhérents, la Mutuelle Just a mis en place une procédure de médiation régie par les dispositions du Code de la consommation relatif au règlement des Litiges (articles L.611-1 à L 616-3 et articles R.612-1 à R 616-2 du même code). La médiation a pour objectif de proposer l'intervention d'un tiers indépendant et impartial.

Notre médiateur est compétent pour examiner les litiges concernant l'application des garanties assurées par la Mutuelle Just.

Le médiateur est chargé d'analyser les éléments du dossier. Il peut solliciter éventuellement l'intervention d'un expert ou demander des compléments d'information. Il peut demander à rencontrer les parties ensemble ou séparément.

Vous n'êtes en aucun cas obligé de saisir le médiateur avant de saisir le juge.

Vous pouvez à tout moment vous retirer du processus de médiation.

Conformément à l'article L612-1 du Code de la Consommation, nous vous garantissons le recours à notre dispositif de médiation mis en place par la **FNIM**.

Notre médiateur est impartial et indépendant (ce n'est ni un administrateur, ni un salarié, ni un adhérent de la Mutuelle Just). Il aide à trouver une solution au litige qui oppose la Mutuelle Just à l'adhérent en émettant des propositions.

Vous pouvez saisir gratuitement notre médiateur CMAP :

- via le **formulaire à disposition sur le site du CMAP** à l'adresse [www.cmap.fr/consommateurs](http://www.cmap.fr/consommateurs), ou
- par courrier postal à l'adresse **CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin D. Roosevelt, 75008 Paris**.

Votre demande doit impérativement préciser l'objet du litige et vous devez fournir toutes les pièces du dossier comme indiqué dans le formulaire de saisine. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

L'adhérent, l'un de ses ayants droit, un bénéficiaire désigné sur le bulletin d'adhésion peuvent saisir le médiateur.

Un litige peut être examiné par le médiateur uniquement lorsque :

- L'Adhérent justifie avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle Just par une

réclamation écrite selon l'ensemble des modalités prévues ci-avant ;

- L'adhérent a introduit sa demande moins d'un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle Just ;
- La demande n'est manifestement pas infondée ou abusive ;
- Le litige n'a pas été précédemment examiné ou n'est pas en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le litige n'est pas dans la liste des litiges exclus.

Ne sont pas concernés par la médiation :

- Les litiges qui ne relèvent pas du Code de la consommation ;
- Les litiges liés à l'application de la garantie d'un assureur ou d'une mutuelle auprès duquel la Mutuelle Just a souscrit ;
- Les litiges concernant la politique tarifaire de la Mutuelle Just définie en Assemblée Générale et en Conseil d'Administration ;
- Les litiges concernant les procédures de recouvrement des cotisations.

Notre médiateur est saisi dans les 5 jours ouvrés de la saisine du CMAP et vous informe dans un délai de trois semaines à compter de la réception du dossier s'il rejette ou non votre demande de médiation. Si le dossier est recevable, le médiateur vous adresse un courrier simple ou un courrier électronique pour vous en informer expressément.

À défaut d'accord entre vous et la Mutuelle Just, le médiateur rédige et notifie une proposition visant à résoudre le litige dans les **90 jours maximum de sa saisine**. De manière exceptionnelle, dans le cas où ce délai s'avère insuffisant, le médiateur peut le prolonger en informant les parties de façon motivée.

Les parties ont un délai de **15 jours pour accepter ou refuser** la proposition du médiateur en complétant le formulaire adéquat. Il est précisé que l'absence de réponse vaut refus de cette proposition.

La procédure de médiation s'arrête :

- En cas de décision de l'une ou l'autre des parties de se retirer du processus de médiation de la consommation ;
- En cas d'acceptation de la proposition de solution de médiation par les deux parties, ou de refus, implicite ou explicite, de cette proposition par l'une au moins d'entre elles.

Le médiateur acte les acceptations ou refus dans un constat de clôture de la médiation qui est adressé aux parties.

#### **Article 41. Subrogation**

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité entière ou partagée d'un tiers, la mutuelle étant subrogée de plein droit aux bénéficiaires des prestations victime d'un accident, dans leur action contre un tiers responsable

La subrogation s'exerce **dans la limite des dépenses à caractère indemnitaire que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.**

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

**d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments du préjudice.**

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

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.

#### **Article 42. Organisme de contrôle**

La Mutuelle, en raison de sa vocation statutaire, exerce son activité sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) instituée aux articles L.510-1 et suivants du code de la mutualité.

#### **Article 43. Protection des données**

Les informations recueillies par la Mutuelle et par Santé Just en tant que Responsable de traitement, pour vous fournir les prestations font l'objet de traitements par la Mutuelle Just dans le respect de la Loi du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque nécessaire, il est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Ces traitements ont pour finalités :

- La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance y compris les prestations et les cotisations ;
- La mise en place d'actions de prévention ;
- La gestion des adhérents et la prospection commerciale ;
- L'envoi de newsletters ;
- La réponse aux demandes qui sont adressées à la Mutuelle via le formulaire de contact du Site ;
- L'amélioration du service à l'adhérent ;
- La mise en place et la gestion du Tiers-Payant ;
- Les études statistiques, enquêtes et sondages ;
- Les études actuarielles ;
- Le développement des produits ;
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- La lutte contre la fraude (y compris par profilage) ;
- L'enregistrement des appels téléphoniques de souscription ;
- La réalisation de la maintenance et la préservation de la sécurité du Site et des outils ;
- La réponse à vos demandes sur les réseaux sociaux ;
- La gestion des accès au Site et à ses fonctionnalités, et/ou la fourniture des services que demandés grâce à des cookies et autres traceurs ;
- L'enregistrement des appels entrants (sauf opposition) aux fins d'amélioration des services, d'évaluation des collaborateurs de Just et de contrôles de niveau 1 et 2 ;
- Le traitement et la réponse aux demandes concernant l'exercice des droits des personnes concernées listés ci-après ;
- La gestion des obligations légales au titre de la Loi Eckert pour les garanties décès et les indemnités obsèques.

Les traitements listés ci-dessus reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants :

- L'exécution d'un contrat auquel le Membre Participant ou le Souscripteur est partie ou l'exécution de mesures pré-contractuelles prises sur demande ;

- Le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis, notamment pour la lutte contre la fraude ou le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ou le traitement de vos données de santé pour régler vos prestations ainsi que l'enregistrement des conversations téléphoniques conformément au décret du 17/01/2022 et les traitements relatifs à la Loi Eckert ;
- L'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la réponse aux demandes de devis, la prospection commerciale téléphonique et postale, l'actuariat, le développement ou la lutte contre la fraude, les actions de prévention, les études statistiques, le maintien et la sécurité du Site et des outils, les cookies fonctionnels, les enregistrements téléphoniques entrants ;
- Le consentement par exemple pour les communications commerciales électroniques ou lorsque la Mutuelle utilise des cookies.

### Les données collectées et traitées :

Une Donnée Personnelle est toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable. Les Données Personnelles recueillies suivantes :

- Les informations personnelles fournies telles que les prénom, nom, civilité, adresse postale, adresse électronique, date de naissance, téléphone, noms et dates de naissance des ayants droits ainsi que toutes les pièces fournies en cas de demande de devis ou d'adhésion, de rendez-vous ou de règlement de prestations, les enregistrements téléphoniques et données techniques des appels ;
- Le contenu des messages et/ou des demandes que envoyées, en ce compris le cas échéant, des informations relatives aux contrats, cotisations, prestations pouvant inclure des données de santé ;
- Les informations concernant l'inscription ou non aux newsletters électroniques de la Mutuelle ;
- En cas de navigation sur le Site des informations liées à la navigation, à la fréquentation des pages du Site, telles que décrites dans la Politique de Gestion des Cookies peuvent être collectées ;
- Les conversations téléphoniques uniquement lorsqu'elles sont aux fins de souscription à un contrat de complémentaire santé.

Les destinataires des données personnelles sont :

- Les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, les services développement, marketing et communication, le service informatique et technique, le service comptabilité, les fonctions clés, les personnes en charge du contentieux de la Mutuelle ;
- Les sous-traitants (notamment hébergeur, tiers-payant, logiciel marketing, l'envoi des emails et sms, maintenance informatique, signature électronique, envoi des courriers postaux, experts, avocats, auxiliaires de justice, officiers ministériels, agents de recherche privée, professionnels de santé, médecin-conseil, organismes sociaux) et s'il y a lieu les intermédiaires en assurance, délégataires de gestion, assureurs tiers, coassureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garantie ;
- L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et les autres organismes de contrôle ;
- Les tiers autorisés comme la Caisse des Dépôts et Consignations ;
- Les autorités de police dans le cadre des réquisitions judiciaires concernant la lutte contre la fraude ;

- Les personnes intéressées au Contrat : membre participant, bénéficiaires, ayants-droits, souscripteurs, héritiers, tuteurs, curateurs et plus généralement tous représentants légaux dans la limite les concernant.

Les données ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est nécessaire à l'exécution de votre contrat, l'envoi de messages électroniques ou pour certains cookies avec les mesures adéquates.

Durée de conservation :

Les données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délai de prescription. Pour cela, la Mutuelle dispose d'un Référentiel de durée de conservation dont certaines durées de conservation sont reproduites ci-dessous :

- Données marketing adhérents /prospect : 3 ans après le dernier contact ou la fin de la relation
- Demande de souscription n'ayant pas abouti : 3 ans après le dernier contact
- Enregistrement des conversations téléphoniques : 2 ans à compter de la signature du contrat – 1 mois après un devis n'ayant pas abouti
- Enquête de satisfaction : 5 ans après la récolte de l'avis
- Détail des prestations (décompte sécurité sociale) : 2 ans et un trimestre à l'issue de la prestation
- Contrat adhérent : 10 ans après la fin de la relation
- Gestion des droits informatiques et libertés : 2 ans après la clôture du dossier
- Contentieux : 5 ans après la clôture du dossier
- Factures : 10 ans
- Lutte contre la fraude : 3 ans
- CV : 2 ans à compter du dernier contact du candidat non retenu
- Gestion du personnel et paie : 5 ans après la fin du contrat de travail.
- Enregistrement des appels entrants : 6 mois – rapports d'analyse : 1 an ;
- Enregistrement des logs de sécurité : 6 mois ;
- Données relatives à la Loi Eckert pour les garanties décès et indemnités obsèques : 30 ans après le décès.

L'exercice des droits des personnes concernées :

Les personnes concernées disposent sur leurs données des droits :

- D'accès,
- De rectification,
- D'effacement,
- De limitation,
- De portabilité.

Elles disposent également du droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel les concernant à des fins de prospection commerciale, y compris le profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection. Lorsque le consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, il peut être retiré à tout moment.

Enfin, la personne concernée a la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique via le site Bloctel. Néanmoins, la Mutuelle pourra toujours téléphoner dès lors que qu'un contrat est en vigueur ou en cas de demande de contact.

L'ensemble de ces droits peut être exercé auprès de la Mutuelle :

- Par mail : dpo@just.fr
- Par courrier : Mutuelle Just à l'attention du Délégué à la Protection des Données, 53 avenue de Verdun, CS30259, 59306 Valenciennes Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL :

En cas de désaccord persistant concernant le traitement des données personnelles, la personne concernée a le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : CNIL 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 Paris Cedex 07.

Données de santé :

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 ayants droit), selon son 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.

**En souscrivant vous consentez expressément à ce que la Mutuelle traite vos données de santé aux fins de paiement de vos prestations et de lutte contre la fraude.**

#### **Article 44. Loi applicable au contrat**

La loi française régit les relations contractuelles et précontractuelles.

La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

### **TITRE III – RELATIONS DANS LE CADRE DES RISQUES NON-ASSURÉS PAR LA MUTUELLE**

#### **CHAPITRE 1 – Forme de l'adhésion**

##### **Article 45. Modalités de souscription et d'exécution du contrat**

Les modalités de souscription, d'exécution des contrats, les prescriptions, les déchéances et nullités, sont établies par l'assureur des risques.

Lorsqu'elle intervient en qualité d'intermédiaire mutualiste, la mutuelle transmet à la souscription les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels en provenance de l'assureur.

Lorsque la mutuelle gère le contrat pour le compte d'un assureur tiers, sans en assurer le risque, l'assureur est tenu de transmettre au signataire du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels prévus par les dispositions légales ou réglementaires qui régissent ses activités d'assureur des risques.

La mutuelle ne pourrait être tenue pour responsable du contenu desdits documents.

Seule la responsabilité de la mutuelle peut être reconnue dans les cas suivants :

- dans la mesure où elle n'aurait pas distribué le contrat tel que le prévoit l'assureur ;
- dans l'hypothèse où elle gère le contrat pour le compte du tiers, dans la mesure où elle n'aurait pas exécuté les contrats, telle que le prévoit l'assureur des risques.

#### **Article 46. Adhésion**

Pour des risques ou prestations servis non assurés par la mutuelle, la notice d'information et les conditions particulières sont remises à l'adhérent. Ces documents reprennent les prestations auxquelles il a droit.

Comme pour les adhérents bénéficiant des risques assurés par la mutuelle, l'adhésion à La Mutuelle entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle Santé Just, mutuelle dédiée à La Mutuelle Just et soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 442.599.312, sans possibilité pour l'adhérent de se soustraire à cette seconde adhésion.

### **CHAPITRE 2 – Les prestations**

#### **Article 47. Assistance et Protection Juridique Santé**

La mutuelle souscrit, au profit de ses adhérents, une garantie assistance vie quotidienne ainsi qu'une protection juridique santé, dont les modalités figurent dans une notice remise à chaque membre participant lors de son adhésion et établie par l'assureur du risque.

Elle permet aux adhérents en difficulté, par suite de maladie ou d'accident notamment, de bénéficier d'aide en nature ou en espèces ou d'une assistance juridique santé. Dans ce cas, **la Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations. La notice détermine les conditions pour bénéficier de ces prestations et les limites des garanties octroyées.**

#### **Article 48. Décès, obsèques**

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut proposer la souscription de garanties décès ou allocation obsèques pour lesquelles elle n'assure pas directement les risques. A ce titre, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la mutuelle remet aux membres participants ayant souscrit ces prestations une notice, élaborée par l'assureur des risques, indiquant les droits et obligations des membres participants, de la mutuelle et de l'assureur.

#### **Article 49. Prévoyance**

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut proposer, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la souscription de contrats de prévoyance pour lesquels elle n'assure pas les risques. L'étendue des garanties, les modalités d'exécution du contrat sont reprises dans une notice établie par l'assureur du risque que la mutuelle remet au souscripteur.

#### **Article 50. Prestations santé**

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut, pour le compte d'autres organismes d'assurances, gérer totalement ou partiellement des prestations santé. Dans ce contexte précis, le niveau des prestations servies ainsi que les modalités de versement sont fixées par l'assureur du risque qui en informe ses assurés par la remise d'une notice lors de la souscription.

#### **Article 51. Autres prestations**

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut, pour le compte d'organismes d'assurance ou de l'Économie Sociale, gérer totalement ou partiellement des prestations dans les limites éventuelles fixées par les

dispositions légales. L'assureur des prestations informe ses assurés ou sociétaires du niveau de prestations servies, des droits et obligations réciproques, par la remise d'une notice d'information.

#### **Article 52. Risques exclus**

**Pour l'ensemble des garanties non assurées par la Mutuelle, les risques exclus sont repris dans la notice établie par l'assureur et remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription.**

#### **Article 53. Paiement des prestations**

Les modalités de paiement sont rappelées dans la notice établie par l'assureur des risques et transmise par la mutuelle ou l'assureur à l'assuré lors de la souscription. Si le contrat entre la mutuelle et l'assureur le prévoit, la mutuelle peut gérer tout ou partie des risques, sans pour autant les assurer. Cette information est reprise dans ladite notice.

### **CHAPITRE 3 – Les cotisations**

#### **Section 1 - Modalités en cas de gestion par la Mutuelle**

#### **Article 54. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement**

La mutuelle applique les dispositions telles que définies au contrat par l'assureur des risques.

Une convention de gestion, liant la mutuelle et l'assureur, fixe les droits et obligations réciproques.

La mutuelle peut, si la convention le prévoit, percevoir directement les cotisations versées par les assurés.

#### **Article 55. Responsabilité – Litiges**

La responsabilité de la mutuelle ne peut être retenue qu'en cas de non respect des règles imposées par l'assureur, mais en aucun cas sur la forme et le contenu du contrat.

La mutuelle peut être amenée à procéder au recouvrement des cotisations non réglées si la convention de gestion le prévoit. Des pénalités de retard ou frais de recouvrement peuvent être également réclamés par la mutuelle au souscripteur du contrat.

#### **Section 2 : Prestations diffusées par la mutuelle et non gérées par elle**

#### **Article 56. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement**

L'assureur gère directement les contrats. Le rôle de la mutuelle se limite à porter les garanties à la connaissance de ses membres participants.

En aucun cas la mutuelle ne peut percevoir en son nom des cotisations, aucune convention de gestion n'étant en place.

#### **Article 57. Responsabilité – Litige**

La responsabilité de la mutuelle ne peut être retenue, celle-ci n'assumant ni la gestion ni l'aide à la souscription des contrats.

### **CHAPITRE 4 – Dispositions diverses**

#### **Article 58. Forclusion**

Les délais de forclusion applicables pour ces prestations sont repris dans la notice remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription et établie par l'assureur des risques.

#### **Article 59. Défaut de paiement**

Les modalités du refus de paiement des prestations en cas de non-paiement des cotisations ou de fractions de cotisations sont fixées dans la notice établie par l'assureur des risques et remise par la mutuelle intermédiaire mutualiste ou l'assureur

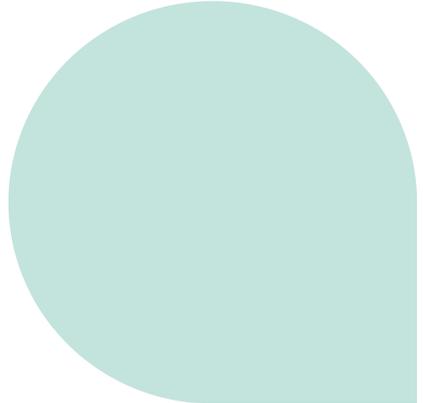
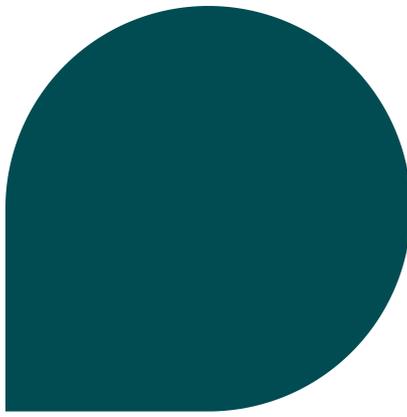
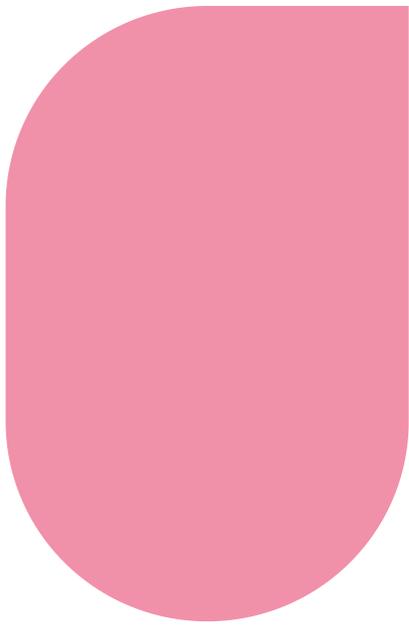
lors de la souscription.

#### **Article 60. Exclusion**

**Les risques exclus sont repris dans la notice établie par l'assureur et remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription.**

#### **Article 61. Réclamations**

Les modalités de réclamations sont celles reprises dans la notice établie par l'assureur des risques et remise soit par la mutuelle en tant qu'intermédiaire mutualiste ou l'assureur lors de la souscription.



**Nous contacter**



**0 809 546 000**

Service gratuit  
+ prix appel



**Just.fr**



La Mutuelle Just est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - N° SIREN 783 864 150  
53, avenue de Verdun CS 30259 59306 VALENCIENNES CEDEX - Tél. : 0 809 546 000 - Crédit photo : iStock