

Règlement Mutualiste - Obligations de la Mutuelle et de ses Adhérents

REGLEMENT MUTUALISTE

Modifié AG Décembre 2015

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Section I - Conditions d'Admission

ARTICLE 1

La Mutuelle Europe accepte tous les assurés sociaux relevant d'un régime obligatoire (régime général, travailleurs non salariés, MSA, militaires, etc.).

Des tranches d'âges sont appliquées aux catégories d'adhésion, selon leur type. Les membres d'une même famille peuvent souscrire à la même garantie, ou panacher différentes garanties mais uniquement sur la gamme Cibles à compter du 1^{er} janvier 2016. Les âges limites indiqués sont ceux au 1^{er} janvier de l'année civile considérée :

Garanties GAMME CLASSIQUE :

- B, C, C+, D et D+ : adhérents et conjoints de 16 à 54 ans, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.
- B5, C5, C+5, D5 et D+5 : adhérents et conjoints de 55 à 64 ans, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.
- B6, C6, C+6, D6 et D+6 : adhérents et conjoints de 65 ans et plus, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.
- B7, C7, C+7, D7 et D+7 : adhérents et conjoints de 65 ans et plus, ayant à l'origine adhéré en « Tarif marron », enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.

Garanties GAMME TRANCHES D'AGES

- A3, B2, C2, C3, D2, D3, E3, F3 : adhérents et conjoints de 16 à 54 ans, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.

Garanties GAMME CIBLES :

• même garantie pour tous :

- JEUNES (KEIBO, GOJO, MISAO) : les adhérents et conjoints de 16 à 24 ans, enfants de 0 à 24 ans, sans condition particulière.
- ACTIFS (OYAKO, SANKA, KOYOU, IROKO) : les adhérents de 25 à 54 ans, conjoints de 16 à 54 ans, enfants de 0 à 24 ans. A compter du 1^{er} avril 2015, les garanties ACTIFS sont ouvertes, pour les nouvelles adhésions : aux adhérents de 25 ans et plus, aux conjoints de 16 ans et plus et aux enfants de 0 à 24 ans.
- PRE-SENIORS (AIJOO, SESSO, KENJI, SANBA) : les adhérents de 55 à 64 ans, conjoints de 18 à 64 ans.
- SENIORS (TAIRA, ZEN, UTARI) : les adhérents de 65 ans et au-delà, conjoints de 18 ans et au-delà.
- en cas de panachage :
 - JEUNES : les adhérents et conjoints de 16 à 24 ans, enfants de 0 à 24 ans, sans condition particulière.
 - ACTIFS : les adhérents et/ou conjoints de 25 à 54 ans,
 - PRE-SENIORS : les adhérents et/ou conjoints de 55 à 64 ans,
 - SENIORS : les adhérents et/ou conjoints de 65 ans et au-delà.

Garantie SUR-COMPLEMENTAIRE : adhérents et conjoints de 16 à 54 ans, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.

Garantie AIDE A DOMICILE « COGEMUT » (Hors DOM-TOM) : Adhérents et conjoints quel que soit leur âge, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.

Garanties GAMME ONLINE (particulièrement réservées à l'Internet) :

- JIVAN, GURMI, MIYA, ERANA et INAYA : adhérents et conjoints de 16 à 54 ans, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière (toutefois ces garanties sont gérées par tranche d'âge comme suit : de 0 à 15 ans, de 16 à 24 ans, de 25 à 29 ans, de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 ans, de 45 à 49 ans et de 50 à 54 ans).

Garanties AIRB (particulièrement réservées aux motards et scooteristes) :

- AIRB1, AIRB2, AIRB3, AIRB4 : adhérents et conjoints à compter de 16 ans sans limite d'âge à l'adhésion, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.

Garanties SOLAE (particulièrement réservées au courtage national) :

- la gamme SOL 1 à 5 (Solae EHPAD, Solae ESAT) avec une adaptation tarifaire qui consiste à octroyer 40 % de remise aux personnes relevant du régime local Alsace-Moselle.
- la gamme spécifique : AMUKA, Solae Transparence,
- la gamme de couleurs : abricot, amande, améthyste, anthracite, ardoise, azur, bleue, canari, carmin, corail, cyan, ébène, émeraude, fuchsia, grenat, gicline, indigo, ivoire, jade, lavande, lilas, magenta, ocre, opale, orange, orchidée, rose, pastel, perle, platine, pourpre, prune, réglisse, rme, sable, safran, sépia, topaze, turquoise, vanille, vermillon et violette.
- SUR-COMPLEMENTAIRE SOLAE ACS+
Les contrats de surcomplémentaire ACS (ACS+1, ACS+2, ACS+3, ACS+4) sont liés uniquement au contrat « ACS-Proximité Santé ». Ils s'arrêtent donc de plein droit aux mêmes échéances que la garantie Proximité Santé.
Dans ces produits et gammes SOLAE : adhérents et conjoints à partir de 16 ans, selon tranches d'âges pour les tarifs, enfants bénéficiaires de 0 à 28 ans, sans condition particulière (sauf pour AMUKA / transparence : pas de gratuité à compter du 3^{ème} enfant).
- NB : chaque nom de garantie est automatiquement précédé de la marque SOLAE.

Garanties par secteurs :

○ « Salariés du médico-social »

Ces garanties sont particulièrement destinées aux salariés des établissements ou des associations du secteur médico-social, adhérents et conjoints de 16 à 70 ans, enfants de 0 à 28 ans, sans condition particulière.

La Mutuelle Europe peut, éventuellement, proposer cette garantie durant des périodes promotionnelles, avec une protection juridique en inclusion, assurée par un organisme d'assurances tiers.

○ « Territoires »

Ces garanties sont particulièrement destinées aux salariés des collectivités territoriales, ainsi qu'aux Administrés de celles-ci, particulièrement lorsqu'ils n'ont pas souscrit préalablement de garantie « complémentaire santé », adhérents et conjoints de 16 à 70 ans, enfants de 0 à 24 ans, sans condition particulière.

Garanties GAMME SYROS (particulièrement réservées au courtage national) :

- SYR1, SYR2, SYR3, SYR4 : adhérents et conjoints à compter de 16 ans sans limite d'âge à l'adhésion, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans sans condition particulière.

Garanties GAMME EHPAD ET EMS (particulièrement réservées aux personnes résidentes dans les établissements spécialisés) :

- EUR1, EUR2, EUR3, EUR4, EUR5 et EMS : adhérents et conjoints à partir de 16 ans, selon tranches d'âges pour les tarifs, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière (gratuité à compter du 3^{ème} enfant).

Garanties OPTIONNELLES et AVANTAGES :

- adhérents et conjoints de 16 à 54 ans, enfants bénéficiaires de 0 à 24 ans, sans condition particulière.
- **Option « Boost »** : C'est un module supplémentaire, rattaché à la catégorie d'adhésion de l'adhérent et de ses bénéficiaires, afin de renforcer le forfait optique de base (montant supplémentaire en euros y compris pour les lentilles) et prévoit un meilleur remboursement des consultations suivantes : podologue, ostéopathe, nutritionniste et méso-thérapeute, non prises en charge par le Régime Obligatoire. A noter que tout rajout de bénéficiaires en dehors de la période promotionnelle indiquée sur le devis n'obtiendront pas le Boost. Cette option est valable jusqu'au 54^{ème} anniversaire de chaque personne assurée, au-delà elle ne peut prétendre bénéficier de cette option.

Nota Bene :

- les âges limites indiqués sont ceux au 1^{er} janvier de l'année civile considérée,
- si le dossier d'adhésion complet et signé (bulletin d'adhésion et mandat de prélèvement) parvient à la mutuelle :
 - avant le 15 du mois en cours inclus, la date d'effet de la(les) garantie(s) a pour point de départ le 1^{er} du mois en cours, ou le 1^{er} jour d'un mois ultérieur au choix de l'adhérent, sous condition de respecter la durée de validité de la proposition tarifaire qui sert de base contractuelle à l'adhésion.
 - après le 15 du mois en cours non inclus, la date d'effet de la(les) garantie(s) a pour point de départ le 1^{er} du mois suivant, ou le 1^{er} jour d'un mois ultérieur au choix de l'adhérent, sous condition de respecter la durée de validité de la proposition tarifaire qui sert de base contractuelle à l'adhésion.

Garantie Proximité Santé

Si une personne qui souhaite adhérer bénéficie du dispositif d'Aide à la mutualisation », elle doit fournir, dans son dossier d'adhésion, l'original du document, établi par le Centre de Sécurité Sociale (CPAM). Pour en savoir plus, téléchargez ce document sur internet à : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/53711.pdf

NB : le dispositif ne pourra prendre effet qu'à compter de la réception par la Mutuelle de l'original du formulaire. Le montant de l'aide ne peut excéder le montant de la cotisation due, dans la catégorie choisie.

- Pour ce qui concerne l'Aide à la Complémentaire santé, la Mutuelle Europe est agréée dans le cadre de l'offre « Proximité santé », présentée par la Fédération Nationale indépendante des Mutuelles (FNIM) et assurée par l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI).

Les nouveaux adhérents titulaires de l'Aide à la complémentaire Santé (A.C.S.) peuvent prétendre à l'offre « Proximité santé » avec des formules adaptées à leurs besoins et à celles de leur famille. Les garanties « Proximité Santé Essentiel », « Proximité Santé Plus » et « Proximité Santé Confort » seront exclusivement destinées aux personnes bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (A.C.S.).

En cas de sortie du dispositif ACS :

- La Mutuelle Europe est tenue de vous proposer le maintien de la garantie « Proximité Santé », assurée par la Mutuelle Europe (garanties Essentiel, Plus et Confort) pendant une durée minimale d'un an, à compter de la fin de droit à l'aide A.C.S. Au terme du renouvellement, cette prorogation se renouvellera à chaque date anniversaire, par tacite reconduction, pour une nouvelle durée de 12 mois.
- La Mutuelle Europe est dans la possibilité de vous proposer des garanties différentes de la gamme Proximité. Ces gammes ne sont pas éligibles à l'offre ACS.

ARTICLE 2

Pour adhérer à la Mutuelle Europe, la personne qui souhaite souscrire doit remplir un bulletin d'adhésion et régler la première cotisation, augmentée des droits d'entrée. Ces derniers peuvent faire l'objet d'une exonération au cours d'une période promotionnelle limitée dans le temps.

Toute personne physique ayant adhéré, dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour se rétracter (renoncer à l'adhésion) au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception, sans avoir à justifier de motifs prévus au présent règlement. Néanmoins le montant des droits d'entrée restés acquis à la mutuelle. Ce délai commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion. Toutefois, l'adhérent ne peut faire usage de sa faculté de renonciation ou de rétractation s'il a (ou l'un de ses ayants-droit) commencé à exécuter le contrat (engagé des soins ou reçu des prestations) avant l'expiration du délai de rétractation (ou de renonciation).

ARTICLE 3

Votre dossier d'adhésion doit comprendre :

- le bulletin d'adhésion rempli et signé,
- le mandat de prélèvement SEPA, rempli et signé,
- un relevé de coordonnées bancaires contenant les informations IBAN et BIC (nouvelle norme européenne),
- la photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie à jour. Si ce document a été perdu ou s'il est périmé, une copie peut être demandée au centre de Sécurité sociale (CPAM) dont dépend l'adhérent, ou sur votre compte ameli.fr, dans la rubrique vos demandes / demandez votre attestation de droits,
- le règlement annuel ou le 1^{er} règlement fractionné de la cotisation, majorée des droits d'entrée éventuels (sauf pour les contrats collectifs facultatifs et adhérents ayant choisi des garanties SOLAE),
- si la personne qui souhaite adhérer bénéficie du dispositif de la « CMU Complémentaire », elle ne peut rejoindre la Mutuelle Europe, car celle-ci n'est pas inscrite sur la liste des Mutuelles agréées pour gérer ce risque particulier.

A réception du dossier d'adhésion complet et après avoir recueilli, le cas échéant, toutes les informations complémentaires qu'elle juge nécessaire, notamment si le nouvel adhérent a par le passé déjà adhéré à la Mutuelle Europe, celle-ci lui fait parvenir sa carte d'adhérent ou l'informe par écrit de son adhésion ou du refus de son adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et obligations définies par le règlement mutualiste, qui vous sont fournies par les présentes, et qui sont à votre disposition sur le site <http://www.mutuelle-europe.com/>

ARTICLE 4

Les soins, dont les dates sont antérieures à la date d'effet, ne pourront donner lieu à versement de prestations. Dans le cas d'un renouvellement d'ordonnance (exemple : médicaments) ou de renouvellement d'actes de soins (exemple : ordonnance d'un ophtalmologiste de moins de 3 ans) ou de prescription antérieure à l'adhésion, la Mutuelle Europe tiendra compte de la date de facturation transmise par la Sécurité sociale.

ARTICLE 5

Le membre participant peut demander sa radiation tous les ans au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception, avec un préavis de deux mois avant le 31 décembre pour une date de résiliation effective à cette date. En outre, l'adhérent a un droit de résiliation en cours d'année, s'il bénéficie de la CMU, d'une mutuelle entreprise obligatoire, en cas de départ définitif à l'étranger, s'il est bénéficiaire de l'A.C.S. (sauf cas de contrat de sortie prévu à l'article 1). Un délai de préavis d'un mois est nécessaire pour examiner votre demande de radiation : prestations consommées, cotisations versées.

En cas de décès de l'adhérent, chaque bénéficiaire majeur de 16 ans, a la possibilité d'adhérer, aux conditions en vigueur, à l'une des garanties commercialisées dans l'année de la survenance du décès. Pour les enfants mineurs de moins de 16 ans, ce dispositif est possible à condition d'avoir la qualité de bénéficiaire d'un parent majeur ou, à défaut, du représentant légal.

La résiliation ou la radiation ou l'exclusion, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties de la mutuelle pour les bénéficiaires. Toutefois, en cas de résiliation décidée par l'adhérent, chaque bénéficiaire a la possibilité d'adhérer, aux conditions en vigueur à l'une des garanties commercialisées dans l'année civile de la radiation.

Le membre participant s'engage à restituer tous les exemplaires de sa carte d'adhésion à la mutuelle à la date d'effet de la fin de son adhésion. En cas de non restitution et d'utilisation frauduleuse de sa carte, l'adhérent s'expose à des poursuites judiciaires.

Si ces conditions sont respectées, un certificat de radiation sera adressé automatiquement.

Les cotisations versées au titre de la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, donneront lieu à remboursement.

Section II – Catégories de bénéficiaires

ARTICLE 6

La Mutuelle Europe accepte comme membre, sous réserve du versement de la cotisation individuelle ou familiale correspondante :

- l'adhérent (membre participant),
- son conjoint ou concubin ou personne ayant signé un Pacs (membre bénéficiaire),
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint (membres bénéficiaires), jusqu'au 31 décembre de l'année qui précède celle de leur 25^{ème} ou 29^{ème} anniversaire, selon les modalités prévues dans la garantie familiale, sans présentation du moindre justificatif. Au-delà, ils peuvent évidemment souscrire un contrat individuel.
- Les mineurs de plus de 16 ans peuvent, à leur demande expresse, être membres participants, sans l'intervention de leur représentant légal.
- Les mineurs de moins de 16 ans, dont les parents sont inscrits dans une autre mutuelle ou sont tous deux décédés, peuvent bénéficier des prestations, à condition que l'un ou les deux parents vivants, ou en l'absence leur représentant légal, adhère à la mutuelle, règle les cotisations fixées au tarif, mais ne bénéficient pas des prestations.

ARTICLE 7

Tout changement dans la composition familiale doit être immédiatement signalé à la Mutuelle par écrit. En cas de séparation ou de divorce, l'adhérent dispose d'un délai de préavis d'un mois pour informer la Mutuelle du changement à effectuer dans la composition familiale. Lorsqu'au 1^{er} Janvier de l'année en cours, un enfant a atteint l'âge limite prévu à la garantie familiale, il perd sa qualité de bénéficiaire du contrat de ses parents qui pouvait donner droit à une réduction familiale ou à la gratuité de sa cotisation. Il a la possibilité d'adhérer à titre individuel.

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 8

Les membres participants paient des cotisations mensuelles, trimestrielles, semestrielles ou annuelles qui sont affectées à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle et éventuellement des droits d'entrée. Le(s) tarif(s) des cotisations figure(nt) sur la (les) proposition(s) écrite(s) qui correspondent à la situation des adhérents (âge(s), garantie(s), composition familiale, date d'effet, options).

En cas de modification de tarif (s) :

- en cours d'année : cette procédure exceptionnelle permet à l'Assemblée générale des adhérents de la Mutuelle, réunie en séance extraordinaire, d'augmenter un ou plusieurs tarifs, dans la limite de +15% de la cotisation normale, notamment dans les cas suivants : des changements importants et imprévus dans les tarifs de la Sécurité Sociale, une inflation considérable des prestations versées dans le cadre d'une catégorie d'adhésion ou dans le cadre d'une évolution de la législation en vigueur. Les adhérents concernés disposeront d'un délai de 30 jours francs, à réception de l'information, pour refuser la modification de leur tarif ou de leur barème de prestations et donc pour engager une procédure de radiation de ce fait motivée.

- en fin d'année : les nouveaux tarifs, applicables au 1^{er} janvier de l'année suivante, sont adressés aux adhérents qui disposent d'un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis (cachet de la poste faisant foi) pour mettre fin à son adhésion au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception, conformément à la loi Châtel.

En cas de modification de prestation (s) :

- en cours d'année et/ou fin d'année : une procédure exceptionnelle permet à l'Assemblée générale des adhérents de la Mutuelle, réunie en séance extraordinaire, de modifier un ou plusieurs barèmes de prestations, notamment en fonction de l'évolution de la législation en vigueur.

Au 1^{er} janvier de chaque année, lorsque l'adhérent et/ou l'un de ses bénéficiaires passe(nt) dans la tranche d'âge tarifaire supérieure à celle qui lui était appliquée jusqu'alors, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable à l'âge atteint à cette date.

La mutuelle se réserve la possibilité d'organiser des opérations de type « parrainage », d'une durée éventuellement limitée dans le temps, au terme desquelles le parrain recevra un bon-cadeau, dans un délai de trois mois, à condition que le coupon de parrainage, contenant un formulaire d'identification du parrain et du filleul, soit fourni en annexe du bulletin d'adhésion du filleul (sous réserve des conditions mentionnées dans la plaquette adhérent), et que celui-ci soit à jour de ses cotisations.

ARTICLE 9

La catégorie et les options sont choisies par l'adhérent lors de son adhésion. Il peut en changer uniquement au 1^{er} janvier de chaque année civile, sous conditions :

- d'un minimum de 12 mois d'ancienneté dans la catégorie (sauf cas de contrat de sortie d'ACS prévu à l'article 1, car le renouvellement a lieu en date anniversaire),
- d'en informer par écrit la mutuelle avant la date limite fixée dans le courrier de fin d'année,
- de choisir une nouvelle catégorie et/ou nouvelle option parmi celles qui lui seront éventuellement proposées par courrier en fin d'année, pour l'année suivante, conformément aux décisions de l'Assemblée générale.

ARTICLE 10

Les cotisations sont réputées payables annuellement d'avance dans les 15 premiers jours d'une nouvelle année civile. Le paiement annuel permet à l'adhérent de bénéficier d'une remise immédiate de 3 %. En outre, cette remise n'est pas applicable lorsque l'adhésion prend effet entre le 1^{er} février et le 1^{er} décembre de l'année en cours. Celle-ci prendra effet à partir du 1^{er} janvier de l'année suivante. Enfin, cette remise n'est pas applicable dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative.

Mais, la Mutuelle permet, aux adhérents qui le souhaitent, de régler leur cotisation :

- mensuellement : avant le 15 du mois,
- trimestriellement : dans les 15 premiers jours du premier mois de chaque trimestre civil,
- semestriellement : dans les 15 premiers jours de chaque semestre civil.

ARTICLE 11

Il appartient donc aux adhérents de régler leurs échéances selon la périodicité qu'ils ont choisie.

Le prélèvement automatique est conseillé. Dans ce cas, les adhérents doivent fournir un mandat de prélèvement SEPA et un relevé de coordonnées bancaires contenant les informations IBAN et BIC (nouvelle norme européenne). Le prélèvement est effectué, selon le choix, le 5 ou le 15 du mois (ou le 1^{er} jour ouvrable qui suit immédiatement chaque date) :

- mensuellement : le 5 ou le 15 de chaque mois,
 - trimestriellement : le 5 ou le 15 des mois de janvier, avril, juillet et octobre,
 - semestriellement : le 5 ou le 15 des mois de janvier et de juillet,
 - annuellement : le 5 ou le 15 janvier de chaque année.
- Si le mandat de prélèvement SEPA parvient trop tard pour que la cotisation puisse être prélevée normalement, l'adhérent doit la régler directement ; à défaut une régularisation sera effectuée à l'occasion du prélèvement suivant, étant entendu que les droits aux remboursements sont suspendus dans l'attente de celle-ci.
- En cas de changement de coordonnées bancaires, vous devez adresser à la mutuelle : un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un relevé de coordonnées bancaires contenant les informations IBAN et BIC (nouvelle norme européenne).

Règlement Mutualiste - Obligations de la Mutuelle et de ses Adhérents

ARTICLE 12

Les cotisations versées et dues ne sont en aucun cas remboursables, sauf en cas de décès, obtention de la CMU, obligation de souscrire à un contrat collectif obligatoire d'entreprise. Pour toute opération au cours d'un mois, la cotisation relative au mois en question reste acquise à la Mutuelle Europe.

ARTICLE 13

En cas de retard dans le paiement des cotisations, un rappel est adressé à l'adhérent. Sans réponse ou 1^{er} rappel, un second rappel avant radiation est adressé pour permettre aux adhérents qui le souhaitent de régulariser leur situation. Toutefois, les cotisations étant réputées payables d'avance, le service Gestion de la Mutuelle Europe engagera tous les moyens légaux à sa disposition pour permettre à la communauté des adhérents de récupérer les cotisations dues, et répercutera systématiquement les frais bancaires supportés par la Mutuelle, dans la limite de leur montant réel en euros.

ARTICLE 14

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 ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

Section I - Prestations accordées par la mutuelle

ARTICLE 15

Les prestations accordées par la mutuelle sont celles indiquées dans la fiche descriptive de chaque catégorie d'adhésion, y compris celles(s) destinée(s) aux personnes ayant souscrit des contrats relevant d'opération d'intermédiation d'assurance.

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

ARTICLE 16

Pour se faire rembourser par la mutuelle, les adhérents doivent adresser les décomptes reçus de l'organisme d'assurance maladie et /ou les justificatifs de paiement du ticket modérateur délivrés par les professionnels de santé, en mentionnant leur N° de sécurité sociale sur les documents si nécessaire.

La mutuelle accepte les originaux des décomptes des organismes d'assurance maladie ou des justificatifs de paiement du ticket modérateur. Néanmoins, elle peut également accepter les photocopies à condition qu'elles soient lisibles.

L'envoi des décomptes des organismes d'assurance maladie n'a pas à être effectué lorsqu'il existe une convention de télétransmission entre la mutuelle et ledit organisme ; par contre les justificatifs de paiement du ticket modérateur doivent être transmis en toutes circonstances.

ARTICLE 17

Tous les remboursements font l'objet d'un virement bancaire ; en aucun cas le paiement n'est effectué en espèces, par mandat ou par chèque (sauf après un décès et fermeture du compte bancaire).

ARTICLE 18

Selon le tarif choisi, la mutuelle rembourse tout ou partie du ticket modérateur. Il ne sera donc pas fait de remboursement complémentaire pour les frais médicaux remboursés à 100 % du tarif de convention par les organismes d'assurance maladie, sauf pour les forfaits prévus dans la garantie choisie.

Les dépassements d'honoraires ne sont remboursés par la mutuelle que s'ils sont prévus par le tarif choisi et dans la limite de leur garantie.

Lorsque les frais médicaux, occasionnés par un accident du travail, sont remboursés à 100 % du tarif de convention par l'organisme d'assurance maladie, il ne sera pas versé de complément par la mutuelle, sauf si la garantie choisie le prévoit.

Ne seront pas pris en charge par la mutuelle :

- la participation forfaitaire instituée au II de l'Art. L322-1 du Code de la Sécurité sociale,
 - la majoration de la participation des assurés, en cas de non respect des conditions mentionnées à l'Art. L871-1 du Code de la Sécurité sociale,
 - les franchises instaurées par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2008.
- Les actes de la nouvelle nomenclature CCAM (classification commune des actes médicaux) seront remboursés selon les taux de prise en charge attribués aux actes correspondants de l'ancienne NCGAP (nomenclature générale des actes professionnels) et du CdAM (catalogue des actes médicaux).

ARTICLE 19

Pour obtenir le remboursement prévu pour les frais de prothèses dentaires dépassant le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, sauf en cas de télétransmission, les adhérents doivent adresser la facture totale des frais dentaires, ainsi que le décompte de remboursement établi par ledit organisme. Une prise en charge dentaire préalable par la Mutuelle, reste valable 3 mois à compter de sa date d'émission et s'éteint obligatoirement au 31 Décembre de son année d'émission. Cas particulier: en cas de garantie prévoyant le remboursement de prothèses dentaires refusées, la Mutuelle reconstitue le tarif de la Sécurité sociale sur la base de remboursement d'une couronne fixe à 107.50€ et lui applique le taux, ou le montant des remboursements et plafonds de la garantie concernée.

ARTICLE 20

La thalassothérapie est limitée à un seul remboursement par an et par bénéficiaire, pour des frais engagés en France métropolitaine.

ARTICLE 21

En cas d'hospitalisation, si le remboursement de la chambre particulière s'avère nécessaire, il sera effectué à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée.

ARTICLE 22

Les frais médicaux, chirurgicaux, d'optique ou autres, qui ne sont pas pris en charge par les organismes d'assurance maladie ne donnent pas lieu à versement complémentaire par la mutuelle, sauf exception expressément mentionnée dans le tableau des prestations.

ARTICLE 23

Le délai de prescription, au delà duquel les membres ou leurs ayants-droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux remboursements statutaires, est fixé à 2 ans et un trimestre à compter de l'acte ou du fait motivant la prestation.

En cas de changement de « catégorie d'adhésion », le remboursement de la mutuelle sera effectué au tarif applicable à la date de chaque ordonnance ou à la date de facturation selon le cas.

ARTICLE 24

Les réclamations éventuelles sur les remboursements devront être présentées dans un délai maximum de deux ans ; au-delà, aucune réclamation ne sera prise en considération.

ARTICLE 25

DEFINITIONS

Le tiers-payant permet à l'adhérent de présenter sa carte de Mutuelle et ainsi d'éviter de faire l'avance des frais, par exemple: pour les médicaments en pharmacie, pour les soins dans les centres médicaux partenaires...

Une prise en charge peut être délivrée en cas de prothèse(s) dentaire(s), d'achat de lunettes (y compris la réutilisation d'une ordonnance dans les 2 ans de la prescription pour les patients de + de 16 ans), de séjour à l'hôpital ou en clinique. Elle permet à l'adhérent d'avoir un soutien financier de la Mutuelle qui règlera directement sa participation au professionnel de santé, à l'hôpital ou à la clinique.

FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Tous les adhérents, quel que soit leur âge, leur catégorie d'adhésion, leur lieu de domicile, leur type d'adhésion (individuelle ou en entreprise), leur ancienneté, le nombre de personnes assurées, etc...

Bénéficiaire gratuitement du Tiers-payant généralisé et national

Avec son partenaire Vamedis, la Mutuelle Europe met tout en œuvre pour que tous ses adhérents bénéficient d'un service généralisé et national dans les domaines suivants :

Pratique médicale courante : 100 % du Ticket modérateur (*)

en pharmacie (sauf exception mentionnée dans la fiche garantie), en laboratoire, en radiologie, avec les auxiliaires médicaux, lors de soins externes, lors de soins dentaires.

Remarque: Pour les adhérents inscrits dans l'une des garanties « Proximité Santé », gérée par l'UNMI, la carte d'adhérent est envoyée par l'assureur ou son sous-traitant. Si vous avez une surcomplémentaire, le ticket modérateur n'est pas à nouveau remboursé avec la garantie.

(*) : Hors parcours de soins : Majoration du TM à la charge de l'Assuré

Le forfait de 18 € est compris dans le ticket modérateur.

Optique / Hospitalisation / Prothèse dentaire / Orthodontie / Prothèse auditive :

Tiers payant sur prise en charge à faire par le professionnel auprès de la Mutuelle Europe. (selon procédures indiquées sur la carte d'adhérent).

ARTICLE 26

En cas d'hospitalisation, une demande doit être adressée à la mutuelle, en vue de la prise en charge du ticket modérateur et éventuellement du forfait journalier.

Les garanties s'exercent sur le territoire français et les DOM-TOM, sauf dérogation. Elles s'étendent sur les maladies survenues à l'étranger dès lors que les frais donnent lieu à un remboursement par la Sécurité Sociale. Les prestations sont versées en Euros dans la limite du Ticket Modérateur. Les remboursements se feront en fonction des tarifs en vigueur, appliqués par la Sécurité Sociale.

ARTICLE 27

Pour avoir accès aux informations relatives à vos remboursements de prestations, vous pouvez :

- utiliser le service Internet de la mutuelle : www.mutuelle-europe.com, rubrique « espace adhérents ».
- et/ou recevoir un décompte détaillé, périodiquement,

par pli postal à votre domicile (vous pouvez arrêter cet envoi par pli postal en vous rendant dans votre espace adhérent, choisissez « mon compte abonné » puis « gérés mes relevés », puis répondre « oui » et cliquer sur le bouton « valider ».

ARTICLE 28

Par son affiliation à la Fédération Nationale indépendante des Mutuelles (FNIM) et à l'Union du groupement mutualiste ACS, la Mutuelle Europe est en mesure de vous proposer des garanties éligibles à l'ACS. La Mutuelle Europe adhère à l'Association Diversité et Proximité mutualiste (ADPM).

Section II – Subrogation

ARTICLE 29

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses 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.

La subrogation prévue ci-dessus ne s'applique pas à 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'indemnis ces éléments de préjudice.

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

Section III – Cas particuliers

ARTICLE 30

En cas de transfert de mesure de protection juridique, la Mutuelle Europe prendra directement contact avec la personne ou l'organisme nouvellement chargé de la mesure de protection, recueillera les informations nécessaires à la modification du dossier et réclamera un certificat d'hébergement, à jour et donc postérieur à la date du jugement de transfert de protection. Ceci afin de vérifier que l'adhérent relève d'une structure d'hébergement compatible avec le contrat initialement souscrit. Dans la négative, la personne ou l'organisme nouvellement chargé de la mesure de protection devra impérativement souscrire à un contrat adapté.

Section IV – Exclusions

ARTICLE 31

La mutuelle vous informe des différents cas, si elle en a connaissance, qui sont exclus de la garantie santé, notamment les frais de séjours et d'hospitalisation (forfait journalier hospitalier, ticket modérateur, chambre particulière et autre soins) lorsque le point de départ de l'hospitalisation est antérieur à l'adhésion.

Par ailleurs sont exclus de la garantie santé au delà du ticket modérateur :

- Accident de navigation aérienne lorsque le pilote ne possède pas de brevet et de licence pour l'appareil utilisé, ou que ceux-ci sont périmés et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat de navigabilité valable ou en est dispensé,
- Alcool et stupéfiants : état éthylique ou de délire alcoolique, utilisation de drogues, stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement,
- Centres de désintoxication : tous les actes dérivés sont exclus (notamment transport hors ambulance, séjours et soins),
- Chambre particulière : elle n'est remboursable que dans le cas d'une hospitalisation en secteur conventionné médicale (y compris obstétrique), chirurgicale et psychiatrie seulement si votre garantie le prévoit, à l'exclusion de tout autre cas (sauf notamment pour la chambre particulière de jour, dans le cadre de la gamme classique),
- Épidémie ou pandémie : notamment, encéphalopathie spongiforme bovine (dite « vache folle »), fièvre aphteuse, grippe aviaire, etc
- Esthétique : tous les actes dérivés sont exclus (notamment : toutes interventions à caractère esthétique et cures d'amaigrissement, de rajeunissement ou toute autre),
- Établissement d'accueil de personnes handicapées (Imp, Impro, MAS, sauf dérogation délivrée ponctuellement, par la Mutuelle et par écrit, à un nombre minime de personnes appartenant déjà à un groupe constitué). Tous les actes dérivés sont exclus (notamment les consultations et visites, le forfait journalier hospitalier, les frais de séjours, le lit d'accompagnement, le transport...),
- État de guerre et assimilé : guerre (civile ou étrangère), émeutes, actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'Adhérent, manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- Explosion nucléaire : effets directs ou indirects d'explosion avec dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la désintégration atomique,
- Évènements naturels exceptionnels : cataclysme, tremblement de terre, cyclone, inondation ou tout autre,
- Fait antérieur à l'ouverture du contrat ou postérieur à la clôture de celui-ci,
- Fait intentionnel : de l'assuré ou de l'un des bénéficiaires,
- Maison de retraite : tous les actes dérivés sont exclus (notamment les séjours et soins) sauf précision faite sur la fiche de garantie,
- Maternité : la Mutuelle n'a pas l'agrément, pour prévoir le versement d'une prime de naissance dans ses garanties,

- Participation à des actes de violence : émeutes, rixes, insurrections, attentats ou agressions,
- Participation à des matches, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, compétition sportive,
- Sports : (les Fédérations sportives recommandent des assurances spécifiques),
- Sports mécaniques à titre amateur ou professionnel,
- Sports aériens y compris le parachutisme (homologué ou non), parapente, deltaplane et ULM, course de bateaux en solitaire,
- Sports : pratique de tous autres sports à titre professionnel,
- Suicide ou tentative : tous les actes dérivés sont exclus.

DISPOSITIONS DIVERSES Informatique et libertés

ARTICLE 32

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle, conformément à son objet.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Médiation

ARTICLE 33

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par le Conseil d'Administration.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la réclamation est à adresser au siège de la mutuelle.

Contrôle interne

ARTICLE 34

Conformément aux dispositions du code de la Mutualité, la Mutuelle a mis en place un Comité d'audit et un dispositif de Contrôle interne destiné notamment à examiner : la cartographie des risques, la conformité des opérations, la gestion des prestations et des placements, les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que toute opération de contrôle en application des textes en vigueur.

ARTICLE 35

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou sans réponse de sa part ou complément d'informations demandé par le professionnel de santé, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

a) Le conseil d'administration peut désigner un médecin chargé du contrôle. Le montant des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supporté par la Mutuelle. En tout état de cause, le membre participant dispose de la faculté de se faire assister par le médecin de son choix dont les honoraires seront à sa charge.

b) Le conseil d'administration contrôle la réalité des dépenses ou des événements justifiant l'intervention de la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander, à qui de droit, par le biais de son médecin conseil, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées. Le médecin conseil peut s'adjointer, le cas échéant, l'avis d'un médecin expert. Les frais engagés par cette mission restent à la charge de la Mutuelle. En tout état de cause, le membre participant dispose de la faculté de se faire assister par le médecin de son choix dont les honoraires seront à sa charge. En cas de contestation par le membre participant de ces deux avis, un troisième médecin expert peut être désigné par le médecin conseil de la Mutuelle et le médecin choisi par le membre participant. Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur la désignation de ce troisième médecin, celui-ci serait désigné, à la demande de la Mutuelle, par le président du Conseil départemental de l'ordre des médecins. Dans ce cas, les honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Fausse déclaration

ARTICLE 36

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle, l'affiliation à la Mutuelle étant maintenue, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénature 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.