

RÈGLEMENT MUTUALISTE
CONDITIONS GÉNÉRALES

Assurance
Santé

IDENTITÉS MUTUELLE

Réf IDM201103

La présente notice régit les modalités d'application des garanties définies aux contrats souscrits auprès de Identités Mutuelle (ci-après dénommée « la Mutuelle ») (Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 379 655 541) située 24, boulevard de Courcelles, 75017 PARIS.

Définitions générales

MEMBRE PARTICIPANT

Personne qui adhère à la mutuelle par la signature du bulletin d'adhésion emportant acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste.

ANNÉE D'ADHÉSION

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.

ECHÉANCE PRINCIPALE

Le 1^{ER} janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

CONDITIONS D'ADMISSION

Le contrat est réservé aux affiliés au régime général de sécurité sociale, ou du régime local Alsace Moselle, ou au régime des travailleurs non salariés ;

ÉTENDUE

La garantie est applicable à la France métropolitaine, aux départements et Territoires d'Outre mer, ainsi qu'aux pays membres de l'Union Européenne.

BÉNÉFICIAIRES

L'Adhérent, son conjoint et leurs enfants, ayants droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au Certificat d'Adhésion.

TIERS

Personne physique ou morale non assurée par la présente adhésion au contrat d'assurance et qui est opposée au bénéficiaire.

Définitions des termes propres aux garanties

ÉTENDUE

La garantie est applicable à la France métropolitaine, aux départements et territoires d'Outre mer, ainsi qu'aux pays membres de l'Union Européenne.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif fixé par le Régime obligatoire pour calculer le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

HOSPITALISATION

Le séjour du bénéficiaire en qualité de patient prescrit par un médecin dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, de lésions résultant d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

MALADIE

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

TARIF D'AUTORITÉ

Tarif fixé par le Régime obligatoire pour calculer le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens non conventionnés.

TICKET MODÉRATEUR

Part de la Base de remboursement ou du Tarif d'Autorité laissée à la charge du Bénéficiaire après intervention du Régime Obligatoire.

PLAFONDS

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (année civile) selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties figurant au descriptif des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

CONTRAT RESPONSABLE

N'est pas garantie la participation forfaitaire à la charge de l'assuré, prévue par le livre II de l'article L322-2 du code de la sécurité sociale. Ne sont pas non plus garantis, en cas de non respect des règles relatives au parcours de soins coordonné fixées par les lois et les règlements en vigueur à la date des soins, la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application par l'article L162-5 du Code de la sécurité sociale, à hauteur au mois du dépassement autorisé par les actes cliniques.

Parcours de soins coordonné : L'adhérent respecte le parcours de soins coordonnés, dès lors qu'il consulte en premier le médecin traitant déclaré comme tel à la Caisse d'Assurance Maladie et qui assure la coordination des soins.

La garantie prend en charge les frais exposés par l'assuré pour **deux prestations de prévention mentionnées au descriptif de la garantie (article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale) mentionnées au descriptif de la garantie.**

Titre I : Bénéficiaires

Article 1 : Admission

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de la Mutuelle dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle doit être accompagné :

→ de la copie de l'attestation vitale du demandeur et de l'ensemble des bénéficiaires couverts par le membre participant adhérent.

→ de l'autorisation de prélèvement sur compte bancaire ou postal dûment signée accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

→ le cas échéant, certificat de radiation de la Mutuelle précédente. L'adhésion peut être souscrite au profit des enfants à charge au sens de la Sécurité sociale et de toute personne couverte par le régime d'assurance maladie sous le numéro de Sécurité sociale de l'adhérent.

Les enfants des assurés ressortissants du régime général poursuivant leurs études sont couverts jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire sur production d'un certificat de scolarité et d'une attestation de couverture du régime obligatoire des étudiants.

La garantie prend fin pour les personnes à charge dès qu'elles ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1 ci-dessus.

Le membre participant qui quitte la Mutuelle pour quelque cause que ce soit est tenu de restituer la ou (les) carte(s) d'adhérent en sa possession.

En cas de décès de l'adhérent, les ayants droit nommément désignés au contrat continuent de bénéficier du contrat pendant un durée limitée à 6 mois sous réserve du paiement des cotisations.

Article 2 : Prise d'effet

L'adhésion prend effet à la date de la demande d'adhésion ou à la date indiquée par le membre participant sur son bulletin d'adhésion sous réserve qu'elle ne soit pas rétroactive.

L'adhésion sera effective dès lors que le membre participant se sera acquitté d'un acompte sur sa première cotisation aura signé son bulletin d'adhésion, et aura reçu une confirmation écrite de son adhésion à la mutuelle, En cas d'adhésion prenant effet à une date autre que le premier janvier, l'adhésion est conclue pour une première période correspondant t au nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'exercice, sous réserve de l'application des délais de rétractation prévus par la loi.

A l'issue de cette première période, elle est reconduite tacitement, au 1^{er} janvier de chaque année, pour d'un an, sauf dénonciation notifiée par le membre participant.

Article 3 : démission

Sans préjudice des dispositions prévues à la loi Chatel, la démission de la Mutuelle ne peut prendre effet qu'au 31 décembre de chaque année civile.

Elle doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant la date d'échéance.

A défaut, l'adhésion se reconduit pour une nouvelle période d'une année et la cotisation s'y rapportant est due dans intégralité, quel que soit le mode de paiement.

La date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant l'envoi de cet avis (cachet de la poste faisant foi) pour dénoncer la reconduction de son contrat.

La résiliation prend effet dans ce cas, le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Article 4 : Information des adhérents

Pour chaque adhérent, la Mutuelle met à disposition un exemplaire des statuts, un exemplaire du règlement intérieur et du présent

règlement mutualiste.

Dès l'enregistrement administratif de l'adhésion, la carte de tiers payant est mise à l'émission pour être adressée à l'adhérent.

Article 5 : Informatique et liberté

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.

Titre II : Cotisations

Article 6 : Cotisations

Le montant de la cotisation est fixé soit par l'Assemblée générale, soit par le Conseil d'administration en application de la délégation reçue à ce titre.

Elle peut être variable selon le régime, la composition familiale, l'âge de chaque bénéficiaire et la région de domiciliation. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle payable chaque mois ou chaque semestre ou trimestre selon la catégorie à laquelle ils appartiennent et qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

Article 7 : Paiement de la cotisation

L'appel de cotisation est effectué pour la première fois au moment de la confirmation de l'adhésion auprès de la mutuelle. Il est joint à la carte de tiers payant qui mentionne la date d'effet de l'adhésion, la date limite de validité ainsi que l'identité des ayants droit inscrits en qualité de bénéficiaires des prestations.

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Des frais de fractionnement peuvent être facturés au membre participant suivant la fréquence de règlement de ses cotisations.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 8 : Relance des impayés de cotisations

Les cotisations doivent être réglées au plus tard le 15 du mois ou le 15 du premier mois du trimestre en cours. A défaut de règlement dans ce délai, des lettres de relances sont adressées aux adhérents concernés par un impayé de cotisations.

Chaque relance fait apparaître l'intégralité des cotisations dues ainsi que, le cas échéant, les frais bancaires et de gestion administrative générés par ces impayés.

Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse, en pli recommandé avec accusé de réception, une lettre de rappel valant mise en demeure, l'avisant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de la lettre de mise en demeure, le défaut de paiement entraînera la résiliation du contrat. Il est alors mis fin à toutes les garanties. Les frais occasionnés par la récupération des cotisations impayées sont réclamés aux adhérents Ainsi une pénalité de 10 € peut être appliquée au membre participant afin de couvrir les frais de poursuite et de recouvrement en cas de procédure conduisant à la mise en demeure.

→ Paiement mensuel par prélèvement

S'agissant des cotisations réglées par prélèvement, dès lors qu'il y a un rejet, le premier mois de cotisations impayées est reporté automatiquement sur le mois suivant.

En cas de non régularisation dans le mois qui suit le premier mois impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du mois impayé, jusqu'à régularisation.

Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

→ **Paiement trimestriel ou semestriel par prélèvement**

En cas de non-régularisation dans le 2^{ème} mois du trimestre ou du semestre en cours impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du semestre ou du trimestre impayé, jusqu'à régularisation. Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

Article 9 : Actualisation des cotisations

Le montant des cotisations peut être actualisé sur décision du Conseil, en exécution du mandat que lui a confié par l'Assemblée générale, en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation et des paramètres utilisés par la sécurité sociale et des résultats techniques des régimes.

Article 10 : Changements d'option

Tout changement d'option ne peut intervenir qu'au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhérent informe la mutuelle de ce nouveau choix un mois avant la nouvelle échéance.

Ensuite, un nouveau changement d'option ne peut intervenir avant le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Dans le cas de changement d'option entraînant une amélioration des garanties, une période de stage de durée identique à celle pratiquée pour une nouvelle adhésion est appliquée, durant laquelle les remboursements sont calculés sur l'ancienne option.

Titre III : Prestations

Article 11 : droit aux prestations

Le droit aux prestations prend effet dès la date d'effet de l'adhésion, tant pour les ouvrants droit que pour les ayants droit.

Article 12 : Contrat responsable

N'est pas garantie la participation forfaitaire à la charge de l'assuré, prévue par le livre II de l'article L322-2 du code de la sécurité sociale.

Ne sont pas non plus garantis, en cas de non respect des règles relatives au parcours de soins coordonné fixées par les lois et les règlements en vigueur à la date des soins, la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application par l'article L162-5 du Code de la sécurité sociale, à hauteur au mois du dépassement autorisé par les actes cliniques.

Parcours de soins coordonné : L'adhérent respecte le parcours de soins coordonnés, dès lors qu'il consulte en premier le médecin traitant déclaré comme tel à la Caisse d'Assurance Maladie et qui assure la coordination des soins.

TITRE IV : Modalités de fonctionnement des garanties frais de soins de santé

Article 13 : Objet et montant

La garantie a pour objet de servir au participant des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat. Cette garantie peut être étendue aux frais concernant la famille du participant.

En principe, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste, ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les

conditions prévues par le régime général de la Sécurité sociale. Pour les prises en charge des garanties médecines douces, les praticiens concernés sont inscrits au tableau de l'ordre des médecins, des kinésithérapeutes, des podologues et titulaires des diplômes et certificats nécessaires à l'exercice de ces professions prévus par les textes en vigueur notamment l'article 75 de la loi du 4 mars 2002.

L'étendue et le montant des garanties sont définis au descriptif de la garantie et sont fonction de l'option souscrite.

Article 14 : Définition des prestations

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées, acte par acte, pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de maladies, accidents ou maternité postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation.

Les taux de remboursement en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, sauf mention contraire indiquée au descriptif de la garantie, et les tarifs pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins. Pour les prothèses et l'optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de prescription.

Le montant des remboursements prévus, en complément au régime obligatoire, ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par le régime obligatoire, une société mutualiste ou un organisme de prévoyance de toute nature ou éventuellement un tiers responsable.

Selon mention prévue au descriptif, la garantie peut prévoir la prise en charge des frais de prothèses dentaires ou de lentilles qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement spécifique pour les interventions chirurgicales, celles-ci comprennent les frais :

- d'opération,
- d'hospitalisation chirurgicale,
- de soins pré-opératoires intervenant dans un délai maximum de deux mois avant la date de l'opération,
- de soins post-opératoires intervenant dans un délai maximum de trois mois après la date de l'opération,
- de garde et de transport en ambulance.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement spécifique pour les interventions médicales, sont remboursés :

- les frais de transport en ambulance du malade,
- les séjours en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, centre héliomarin, maison d'enfants ou de repos à caractère sanitaire.

Dans tous les cas sont exclus des remboursements, tous les frais relatifs au placement dans les services de long séjour, des structures spécialisées. Pour un séjour en établissement hospitalier peuvent être pris en charge :

- les suppléments de tarif appliqués par l'établissement pour chambre seule ou régime particulier, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que : journaux, télévision, téléphone, etc.
- Lorsque la garantie prévoit la prise en charge de la chambre particulière, le remboursement est limité à la chambre particulière dite normale conformément aux accords tarifaires passés entre les établissements hospitaliers et les organismes de tutelles.
- les frais d'accompagnement engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans, a été reconnue nécessaire par certificat médical ; sont remboursées les indemnités de lit et de repas.

Les frais de cure thermale peuvent ouvrir, s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale, à une **indemnité** prévue à la garantie,

dans la limite des frais exposés.

Selon mention portée au descriptif de la garantie, cette indemnité forfaitaire peut être exprimée soit en euros soit en pourcentage du salaire plafond mensuel de sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier d'un exercice d'assurance.

Article 15 : Forclusion

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à la Mutuelle dans les deux ans suivant la date de règlement de la Sécurité sociale, ou de notification de refus de cet organisme.

Article 16 : Paiement des sommes assurées

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

→ une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,

→ le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité sociale, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,

→ éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme,

Les prestations sont servies directement au membre adhérent pour l'ensemble des ayants droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne.

Le paiement peut être effectué par un autre organisme, avec lequel la mutuelle a conclu une convention de gestion pour une partie des membres adhérents.

Le paiement des prestations d'un montant inférieur à celui défini par le Conseil d'Administration peut être différé jusqu'à ce que la totalité des prestations dues au titre de plusieurs demandes atteigne ce montant ; dans tous les cas, un paiement est effectué une fois par mois au minimum.

En cas de décision judiciaire, les prestations sont servies à la personne ou à l'organisme ayant obtenu la garde de l'enfant ou assumant la tutelle de l'incapable majeur.

En cas de remboursement de consultations ou de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué.

Article 17 : Pluralité d'assurance

En cas de pluralité d'assurance contractée par l'adhérent ou le membre participant auprès d'un ou de plusieurs organismes complémentaires, l'intervention de la Mutuelle s'effectue à due concurrence des frais pouvant rester à charge après remboursement par le régime de protection.

Article 18 : Exclusion

Sont exclus des remboursements (hors au titre des garanties visées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale inhérent à la qualification de contrat responsable)

→ Les frais engagés pour le traitement et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident.

→ Les frais engagés au titre de la maternité non pathologique, à l'exception de tout acte chirurgical couvert au titre de l'hospitalisation chirurgicale.

→ Les frais engagés pendant les délais d'attente tels qu'ils sont définis à l'annexe jointe au présent règlement.

Article 19 : Réclamations

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations servies par la Mutuelle doit parvenir dans les six mois à compter du paiement ou du refus de payer lesdites prestations, et pour les adhérents mineurs, dans le délai de six mois à compter de la majorité.

Article 20 : Participation aux frais de naissance

Si cette prestation est prévue au descriptif des garanties, une participation peut être versée, en complément aux prestations de la Sécurité Sociale selon décision prise chaque année par l'Assemblée générale.

Cette indemnité a pour objet de couvrir les frais engagés restant à la charge de l'assuré, après prise en charge de la Sécurité Sociale, liés aux actes médicaux et soins relatifs à la maternité, notamment les dépassements d'honoraires, les suppléments de chambre particulière, etc.

Article 21 : Service de la prestation

Si cette prestation est prévue au descriptif des garanties, la participation peut être versée par la Mutuelle sur présentation d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

TITRE V : Relations avec les caisses primaires d'assurance maladie, les organismes de la Sécurité Sociale Minière, ou d'autres sociétés mutualistes.

Article 22 : Conventions

Dans le cadre de l'Article R.211.2 du code de la Sécurité sociale, la Mutuelle peut être chargée par les Conseils d'administration de caisses primaires de Sécurité sociale de l'accomplissement de différentes missions confiées par ceux-ci (constitution des dossiers et paiements de prestations).

Des conventions de gestion pourront, par ailleurs, être conclues avec les organismes de la sécurité sociale minière ou avec d'autres Mutuelles relevant du code de la mutualité.

Article 23 : Tiers payant NOEMIE

Lorsqu'un établissement ou un professionnel de santé en accepte le principe, La Mutuelle lui paye directement le montant des frais qui auraient dû être remboursés à l'adhérent après avoir engagé la dépense.

Vis-à-vis du professionnel de santé, le droit aux prestations peut s'effectuer sur présentation de la carte d'adhérent mutualiste qui ouvre droit au tiers payant ou après délivrance d'une prise en charge pour certains professionnels de santé. Le professionnel de santé devra fournir des pièces originales pour bénéficier du paiement de la prestation.

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de sécurité sociale pour effectuer le remboursement des prestations, la Mutuelle paye directement l'adhérent et pourra demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle.

La démission, la radiation entraînent de plein droit la perte de qualité d'adhérent ou d'ayant droit. A la date d'effet de la résiliation ou de la démission, la carte d'adhérent mutualiste valant carte de tiers payant doit être impérativement retournée au siège de la mutuelle. Cette dernière sera fondée à engager des poursuites judiciaires à l'encontre du membre participant du fait de l'utilisation de la carte de tiers payant. Elle se réserve le droit de réclamer les prestations indûment versées.

Article 24 : Subrogation

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

quise, sous la même réserve. Dans le cas où la Mutuelle aurait obtenu d'une caisse ou de tout autre organisme, gérant la part Sécurité sociale obligatoire de la couverture santé, un agrément de délégation de paiement ou un agrément permettant d'agir en qualité de correspondant mutualiste, la Mutuelle est subrogée de plein droit à ses adhérents pour l'encaissement des prestations de Sécurité sociale.

ANNEXE 1 : INSTRUCTION DES DEMANDES DE PRESTATIONS SOINS MÉDICAUX

Au titre du descriptif des garanties, on entend par « module », une liste de postes de soins. Les formules de garantie comportent les modules suivants : Hospitalisation - soins de ville - dentaire - optique - actes non pris en charge par la Sécurité Sociale - Assistance.

<p>HOSPITALISATION</p>	<p>Honoraires (secteur public et privé)-frais de séjours ou frais d'hébergement médecine, chirurgie, salle d'opération ou d'anesthésie, supplément chambre particulière, forfait journalier, et tout acte technique réalisé au cours du séjour hospitalier réalisé-frais accompagnant - à l'exclusion des frais liés au placement long séjour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensemble des pièces originales, facture détaillée, portant l'acquit des établissements hospitaliers (frais de séjour, etc.), - Notes d'honoraires acquittées faisant apparaître le détail de la codification. - Pour les frais « accompagnant » la facture détaillée acquittée joint au bulletin de situation délivré par l'établissement.
<p>CURE THERMALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Joindre au décompte du régime obligatoire les justificatifs acquittés de l'ensemble des frais engagés (transport, hébergement, soins).
<p>PROTHÈSE DENTAIRE TRAITEMENT ORTHODONTIQUE</p>	<p>Actes techniques (orthodontie, prothèse, soins conservateurs), Les plafonds dentaires prévus au descriptif des garanties, s'entendent par année d'adhésion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décompte du régime obligatoire ou en cas de refus de prise en charge par le régime obligatoire, le devis détaillé et la facture codifiée et acquittée émis par le praticien.
<p>OPTIQUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lunettes Facture détaillée (pour les lunettes : prix de la monture d'une part, prix des verres d'autre part).
	<ul style="list-style-type: none"> - verres de contact, lentilles cornéennes - Décompte du régime obligatoire, - Original de la notification de refus délivrée par la Sécurité Sociale (dans le cas où la garantie Frais de Santé dont vous bénéficiez, en prévoit le remboursement).facture acquittée. - Chirurgie laser : facture détaillée
<p>APPAREILLAGE (ORTHÈSE OU PROTHÈSES PROTHÈSES AUDITIVES)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décompte du régime obligatoire et facture acquittée. - Prothèse auditive : décompte du régime obligatoire et justificatif précisant le côté appareillé.
<p>TICKET MODÉRATEUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feuille de maladie et reçu d'acquit mentionnant l'acte pratiqué et les noms, prénom et numéro de Sécurité Sociale du bénéficiaire des soins.
<p>FORCLUSION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées au gestionnaire de votre contrat dans les six mois suivant la date de règlement de la Sécurité Sociale, ou de la notification de refus.
<p>PHARMACIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si vous n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou votre attestation santé pharma, et que vous payez vous-même le ticket modérateur, il convient de demander une facture à votre pharmacien.

Dans certains cas, d'autres pièces peuvent être demandées.

ANNEXE 2 : DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLE AUX GARANTIES SANTÉ

Les délais d'attente s'appliquent sauf pour les personnes pouvant produire un certificat de radiation datant de moins de deux mois et justifier la couverture antérieure pour des garanties équivalentes.

Les frais consécutifs à un accident ne sont pas soumis à délais d'attente. Par « accident » on entend évènement soudain, imprévu, extérieur à la victime constituant la cause d'un dommage corporel. La preuve de la relation de cause à effet est à la charge de l'assuré.

GARANTIES	NIVEAU ÉCO/ESSENTIEL ET ÉQUILIBRE	NIVEAU CONFORT ET SÉRÉNITÉ
PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION (du module « hospitalisation »)	Sans délai	10 mois
PROTHÈSE MÉDICALE ORTHOPÉDIQUE ET AUDITIVE (du module « soins de ville »)	Sans délai	6 mois
DENTAIRE	Sans délai	6 mois
OPTIQUE	Sans délai	6 mois
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE* (à l'exclusion de ceux prévus au titre des garanties minimales à prendre en charge conformément aux articles L871-1 et L322-2 du Code de la Sécurité Sociale et décrets correspondants)	3 mois	3 mois
CURE THERMALE (du module « soins de ville »)	6 mois	6 mois

* Pas de délai d'attente pour les actes de prévention.

Les délais d'attente sont supprimés à réception d'un certificat de radiation de votre précédent organisme complémentaire datant de moins de 2 mois, sous réserve de justifier de garanties de niveau équivalent.

Si vous avez adhéré au contrat suite à un démarchage à domicile, les dispositions suivantes de l'article L221-18 du Code de la Mutualité s'appliquent : toutes personnes physiques ayant fait l'objet d'un démarchage à son domicile, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier le motif, ni à supporter les pénalités.

Si vous avez adhéré au contrat dans le cadre d'une commercialisation à distance, vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 14 Jours à compter du jour où le contrat à distance est conclu.

En utilisant le modèle de lettre ci-après :

Je soussigné, M,
(nom prénom adresse déclare renoncer au contrat souscrit par l'intermédiaire du cabinet)

Fait à.....le.....

SIGNATURE

TABLE DES MATIÈRES

Règlement mutualiste	2
TITRE I : Bénéficiaires	3
TITRE II : Cotisations	3
TITRE III : Prestations	4
TITRE IV : Modalités de fonctionnement des garanties frais de soins de santé	4
TITRE V : Relations avec les caisses primaires d'assurance maladie, les organismes de la Sécurité Sociale Minière, ou d'autres sociétés mutualistes.	5
ANNEXE 1 : Instruction des demandes de prestations soins médicaux	6
ANNEXE 2 : Délais d'attente applicable aux garanties santé	7