

Garanties intégrales et complémentaires

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement est établi par ADREA Mutuelle Pays de Savoie conformément aux dispositions du Code de la Mutualité.

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 et L.114-11 du Code de la Mutualité, il a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de La Mutuelle ADREA Mutuelle Pays de Savoie et de ses adhérents ci-après définis au titre des opérations visées par les articles 8 et 9 des statuts de La Mutuelle.

ADREA Mutuelle Pays de Savoie, organisme régi par le Code de la Mutualité, ayant son siège social à Chambéry, 7 rue Favre, sera désignée dans le présent règlement par le terme « La Mutuelle ».

CHAPITRE 2 OBJET ET FORME DE L'ADHESION

ARTICLE 2 - OBJET DE L'ADHESION

La Mutuelle garantit aux bénéficiaires tels que définis à l'article 7 de ses statuts le remboursement de leurs dépenses de frais de soins de santé.

ARTICLE 3 - CONDITIONS ET FORME DE L'ADHESION

L'adhésion à La Mutuelle par la souscription d'une garantie individuelle, ou la souscription à une garantie collective dans le cadre d'un contrat facultatif résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion, sur lequel sont portés le membre participant et le cas échéant ses ayants droit tels que définis par l'article 7 des statuts.

L'adhésion ne peut être enregistrée que pour la totalité de la garantie choisie qui est obligatoirement la même pour tous les membres de la famille inscrits sur le même bulletin d'adhésion.

En cas d'adhésion ultérieure d'un conjoint ou d'un enfant, la garantie retenue sera celle du ou des adhérents déjà inscrits.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion est annuelle, dans le cadre de l'année civile, elle prend effet :

- Au 1^{er} jour du mois au cours duquel a été encaissée sa cotisation si le paiement est effectué dans les 15 premiers jours du mois
- Au 1^{er} jour du mois suivant si le paiement de la cotisation est intervenu durant la deuxième quinzaine.

L'adhésion d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté ou du conjoint en cas de mariage prend effet le premier jour du mois de l'évènement à condition que la demande d'inscription soit faite dans les 3 mois suivant l'évènement.

Pour l'inscription d'un enfant adopté la date prise en compte est soit celle à laquelle il a été confié en vue de l'adoption, soit celle du jugement d'adoption.

ARTICLE 5 - DISPOSITIONS PROPRES A CERTAINES GARANTIES

GARANTIES JEUNE 100, JEUNE 150 et JEUNE 200 :

Elles sont réservées aux Frontaliers âgés de 18 à 39 ans.

L'adhésion à ces garanties doit intervenir avant le 35^{ème} anniversaire.

Au 1^{er} janvier de l'année suivant son 39^{ème} anniversaire, le membre participant adhérent en garantie Jeune 100, Jeune 150 ou Jeune 200 sera transféré respectivement (ainsi que ses ayants-droit), en garantie G, G1 ou G1 Plus, avec la possibilité d'opter pour une autre garantie.

ARTICLE 6 - CHANGEMENT DE GARANTIE

Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'après 12 mois minimum de sociétariat.

Il doit être demandé avant le 31 janvier pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année et concerne l'ensemble des personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion.

Le passage en garantie supérieure s'accompagne **d'un stage de 6 mois**, période pendant laquelle le sociétaire bénéficie des prestations de sa précédente garantie.

CHAPITRE 3 COTISATIONS

ARTICLE 7 - DETERMINATION DES COTISATIONS

Le bénéfice des prestations et des services proposés par La Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée en fonction :

- du niveau des garanties souscrites,
- de l'âge de chacun des bénéficiaires, calculé au 1^{er} janvier de l'année en cours,
- de la durée de son appartenance ininterrompue à La Mutuelle,
- du régime d'assurance maladie d'affiliation,
- du lieu de résidence,
- du nombre d'ayants droit.

A cette cotisation s'ajoute éventuellement celle afférente aux contrats collectifs souscrits entre La Mutuelle et des entreprises ou des associations, pour l'indemnisation des frais d'obsèques. Cette cotisation est révisable chaque année par négociation entre La Mutuelle et les souscripteurs collectifs.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations d'adhésion à des organismes supérieurs (unions, fédérations,...) ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les règlements ou statuts de ces organismes.

ARTICLE 8 - REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables chaque année au 1^{er} janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués aux adhérents dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante selon les modalités de paiement indiquées sur le bulletin d'adhésion.

D'une façon générale si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les cotations, les tarifs de référence des actes médicaux, ou le niveau de prise en charge des caisses d'assurance maladie, La Mutuelle se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

ARTICLE 9 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion.

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation pour l'année en cours est perçue pour le nombre entier de mois restant à courir depuis l'adhésion jusqu'au 31 décembre. Le premier versement doit correspondre à :

- **1 mois de cotisation** si elle est réglée par prélèvement mensuel
- **3 mois de cotisation** si elle est réglée par un autre mode de paiement.

Les cotisations de l'année en cours sont ensuite payables trimestriellement d'avance, avant toute demande de remboursement. Le paiement mensuel est possible, mais uniquement par prélèvement automatique.

Le membre participant peut modifier le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit, auprès de La Mutuelle un mois au moins avant la date d'effet souhaitée. La date de paiement, prise en considération, est celle du règlement au siège ou dans l'une des agences ou dans tout autre lieu accepté par La Mutuelle.

ARTICLE 10 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS GARANTIES INDIVIDUELLES

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour La Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 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 a le droit de résilier la garantie 10 jours après l'expiration du délai de 30 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 peut entraîner la résiliation des garanties.

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

ARTICLE 11 - DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS - GARANTIES COLLECTIVES

11-1 : Lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise demeure qu'elle adresse à l'employeur ou la personne morale, La Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent 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.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné au premier alinéa du présent. 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.

11-2 : Lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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 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 11-1 est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, La Mutuelle ou l'union informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du 11-1 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.

ARTICLE 12 - EXONERATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION

Sont dispensés du paiement des cotisations :

- Le membre participant qui séjourne à l'étranger pour cause d'études ou raison professionnelle (sur justificatifs), pour une durée **limitée à 3 ans**, pendant laquelle le droit aux prestations est également fermé.
- Le quatrième enfant et les suivants.

Les exonérations de la cotisation enfant ne sont accordées que si l'un des deux parents est lui-même adhérent à La Mutuelle.

CHAPITRE 4 - PRESTATIONS GARANTIES MODALITES DE REMBOURSEMENT

ARTICLE 13 - DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

La nature et l'étendue des prestations versées par La Mutuelle figurent dans les tableaux annexés au présent règlement.

Les remboursements réalisés par La Mutuelle sont fonction du choix effectué par le membre participant lors de son adhésion, parmi les garanties et options proposées et figurant sur le bulletin d'adhésion.

Quand les garanties G2 et G2 Plus interviennent en complément de la Sécurité Sociale, sont exclues des prestations la participation forfaitaire des assurés sur les consultations et actes médicaux définie à l'article L 322 -2- II du Code de la Sécurité Sociale et les majorations d'honoraires facturées en cas de non respect des dispositions de l'article L 162-5-3 dudit code relatif au médecin traitant, en application des dispositions des contrats dits responsables.

ARTICLE 14 - CONDITIONS PARTICULIERES D'ATTRIBUTION DE CERTAINES PRESTATIONS

Hospitalisation en France

La participation de La Mutuelle est limitée au tarif de l'établissement français le plus proche du domicile, susceptible de dispenser les soins appropriés à l'état du malade. Elle peut être soumise à l'appréciation du Médecin Conseil.

La prise en charge des séjours en aérium, sanatorium, préventorium, établissement et services de neuropsychiatrie, rééducation, réadaptation, repos, convalescence, cure médicale, en Instituts Médico-Pédagogiques et Médico-Educatifs, services long et moyen séjour, colonie sanitaire doit obligatoirement faire l'objet d'une demande d'entente préalable. Elle est limitée à 60 jours par année civile.

Hospitalisation en Suisse

La participation de La Mutuelle est basée sur le tarif de l'hôpital cantonal du lieu de travail. L'admission ou la prolongation du séjour est soumise à l'appréciation du Médecin Conseil qui peut proposer l'admission ou le transfert dans l'établissement français le plus proche du domicile, susceptible de dispenser les soins appropriés à l'état du malade.

Frais de transport en Suisse

Ils sont pris en charge en cas d'hospitalisation, sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale. En cas de transport d'urgence appréciée par le Médecin Conseil, ils sont pris en charge au tarif cadre LAMal.

Acte de Rééducation

Les actes de rééducation - Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie - **sont obligatoirement soumis à demande d'entente préalable.**

Cure thermale

La prise en charge doit obligatoirement faire l'objet d'une demande d'entente préalable. Les critères de prise en charge sont identiques à ceux retenus par la Sécurité Sociale, et la prise en charge de La Mutuelle est **limitée à 3 cures par affection.** Les cures de thalassothérapie ne sont pas assimilées à des cures thermales.

Soins et prothèse dentaires

Les critères de prise en charge sont identiques à ceux retenus par la Sécurité Sociale. Les prothèses dentaires et l'orthodontie doivent **obligatoirement faire l'objet d'une demande d'entente préalable adressée à la mutuelle avant** le début des travaux.

Lunetterie

Les critères de prise en charge sont identiques à ceux retenus par la Sécurité Sociale. Les lentilles cornéennes n'ayant pas fait l'objet d'une demande d'entente préalable sont remboursées sous la rubrique "lentilles refusées".

Prothèse – Orthopédie - Appareillage

Il s'agit des articles figurant au Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS).

Prime de Naissance

Après inscription de l'enfant, la prime naissance est versée sur présentation d'un extrait de naissance.

ARTICLE 15 - OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations prend effet immédiatement après l'adhésion :

- En cas d'accident
- Pour le nouvel adhérent de **moins de 31 ans**
- Pour le nouveau Frontalier qui s'inscrit à une Garantie Santé Frontamut **dans les 3 mois de son embauche en Suisse**
- Pour le Travailleur Frontalier nouvellement résident en France qui s'inscrit **dans les 3 mois de son installation en France** sur production d'un justificatif de résidence principale.

- Pour le conjoint inscrit en garantie complémentaire d'un régime français de sécurité sociale et qui **s'inscrit dans le mois de cessation de sa prise en charge par ledit régime.**
- Pour le nouveau-né inscrit **dans les 3 mois de sa naissance**, ou de son adoption, les parents étant eux-mêmes couverts.
- Pour la garantie "Frais d'Obsèques"

Dans les autres cas il prend effet dans un délai de :

- **3 mois :** Soins courants, pharmacie, soins dentaires et optique
- **6 mois :** Hospitalisation, cure thermale, prothèse dentaire, orthodontie.
- **10 mois :** Maternité
- **12 mois :** Traitement des affections mentales.

Dates de référence pour appréciation de l'ouverture des droits

Actes médicaux et d'auxiliaires médicaux	Date de l'acte
Analyses - Pharmacie - Orthopédie - Appareillage - Optique	Date de la prescription
Cure Thermale	Date de prescription de la cure
Maternité	Date du début de grossesse
Hospitalisation	Date du 1 ^{er} jour d'hospitalisation. L'hospitalisation en cours à la date d'effet de l'adhésion n'est pas prise en charge.
Prothèse dentaire, orthodontie	Date à laquelle est établie la demande d'entente préalable. Remboursement : l'adhérent ne doit pas être radié à la date d'exécution des travaux.

ARTICLE 16 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS – LIMITES AUX REMBOURSEMENTS

Sous réserve des cas d'exonération de cotisations visés par l'article 12 ci-avant, le bénéfice des prestations assurées par La Mutuelle est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les adhérents doivent en conséquence être à jour de leurs cotisations à la date des soins dont le remboursement ou la prise en charge est demandée.

Les remboursements de La Mutuelle sont exprimés sur la base des tarifs de convention ou de responsabilité, en vigueur à la date de l'assemblée générale annuelle indiquée sur l'annexe 1 prestations.

En vertu des dispositions de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements effectués par La Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge effective des adhérents.

ARTICLE 17 - MODALITES GENERALES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les remboursements sont effectués par La Mutuelle au vu des documents suivants :

- Les feuilles de soins et ordonnances délivrées par le praticien consulté. Chaque feuille de soins doit être correctement complétée : nom et prénom du chef de famille, numéro d'adhérent, nom et prénom du malade, les rubriques accidents complétées, et signée par le chef de famille.
- Les factures acquittées
- Les vignettes sont exigées pour les frais pharmaceutiques.

L'adhérent qui relève d'une Caisse Suisse d'Assurance Maladie devra pour tous les soins pris en charge par cet organisme, produire les originaux décomptes de remboursement qui lui auront été délivrés.

Pour les soins non pris en charge par cet organisme il se conformera aux dispositions des alinéas précédents.

Sauf refus express de l'adhérent, et en vertu de conventions passées avec les professions de santé ou les établissements hospitaliers, La Mutuelle peut régler directement ses prestations à ceux-ci, mais toujours dans la limite de son tarif de responsabilité.

Si le membre participant a souscrit auprès d'autres organismes des garanties lui accordant des indemnités de même nature que celles prévues par sa garantie, La Mutuelle n'interviendra, dans la limite des taux ou montants prévus, que pour la différence entre le total des frais

réellement engagés et le montant des prestations reçues au titre de ces garanties.

Toute clause préférentielle statutaire ou contractuelle contraire, comme toute clause de subrogation ou de mandat, restent inopposables à La Mutuelle.

ARTICLE 18 - ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIES PROFESSIONNELLES

Le travailleur frontalier doit **obligatoirement déclarer** tout accident de vie privée, accident du travail et maladie professionnelle à la Caisse Nationale Suisse Accident auquel est affilié son employeur.

FRONTAMUT participe aux frais entraînés par un accident de vie privée non pris en charge par la C.N.A, à l'exception des soins dont le refus est motivé par :

- un défaut ou un retard de déclaration de l'accident ou de la maladie professionnelle
- un accident résultant d'un état d'ivresse reconnu ou de l'usage de drogue, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement.

ARTICLE 19 - RECOURS AU CONTROLE MEDICAL OU DENTAIRE

La Mutuelle se réserve le droit de faire exercer un contrôle pour se prononcer sur la réalité du droit aux prestations.

En cas de contestation de la décision de refus de prise en charge, celle-ci est estimée par une Commission formée de 3 experts : un désigné par chaque partie et le troisième d'un commun accord.

A défaut d'accord, le troisième expert sera désigné par le Président Départemental du Conseil de l'Ordre concerné, saisi par La Mutuelle.

Les honoraires seront à la charge des parties dont les arguments auront été reconnus comme non fondés.

ARTICLE 20 - FORMES ET DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le membre participant et ses ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

ARTICLE 21 - EXCLUSIONS DES GARANTIES

Sont expressément exclus des garanties de La Mutuelle, les frais engagés au titre de soins et hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, consécutifs à :

- un accident du travail (y compris les accidents de trajet), ou à une maladie professionnelle,
- des mutilations volontaires, des blessures reçues au cours d'émeutes, soulèvement populaire, guerre civile ou étrangère, rixes, duels, tentatives de suicide,
- l'explosion d'un engin ou partie d'engin atomique,
- l'exposition à des radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs,
- un état de catastrophes naturelles,
- la pratique d'un sport aérien, automobile ou motocycliste à titre amateur ou professionnel,
- des soins à caractère esthétique, sauf s'ils sont consécutifs à un accident lui-même pris en charge au titre des garanties Frontamut, ou justifiés à titre de maladie par la Médecin-Conseil,
- des accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu,
- de l'abus de stupéfiants,
- défaut d'assurance ou non souscription par l'adhérent d'une assurance légalement obligatoire.

ARTICLE 22 - 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.

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 seront portés à la connaissance des adhérents à leur dernière adresse et leur seront opposables à compter de cette notification.

ARTICLE 23 - SUSPENSION DE LA GARANTIE

Le droit à prestations est suspendu :

- En application des dispositions des articles 10 et 11 ci-avant, à l'issue des 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues. En cas de

régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.

- En cas d'un séjour à l'étranger tel que défini à l'article 14 du présent règlement
- En cas de guerre.

D'une façon générale, aucune prestation n'est due pour tous soins, intervention ou hospitalisation intervenus ou survenus pendant la période de suspension.

ARTICLE 24 - RESILIATION

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à titre facultatif, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à La Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, sauf application des dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 25 - CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties assurées par La Mutuelle prennent fin :

- en cas de résiliation,
- en cas de non paiement de la cotisation (Articles 10 et 11 ci-avant).

Il peut également être mis fin à l'adhésion, indifféremment par La Mutuelle ou le membre participant, si les risques couverts par la garantie ont disparu du fait du :

- décès,
- changement de profession,
- retraite ou cessation définitive d'activité,
- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial

La résiliation doit faire l'objet d'une notification par écrit dans le délai de trois mois suivant la survenance de cet événement ou la date de sa révélation, pour prendre effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de survenance de l'événement. Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

Passé ce délai de 3 mois la résiliation sera effective au dernier jour du trimestre au cours duquel la Mutuelle aura été informée.

CHAPITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 26 - FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées de justificatifs nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum **de deux ans**, à compter de l'acte médical ou du décès.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à La Mutuelle dans un délai d'un an à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

ARTICLE 27 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'adhésion à La Mutuelle **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 couru, du fait du membre participant : que du jour où La Mutuelle ou l'union 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 ont l'ignoré jusque là.

Cette prescription peut être interrompue par une des causes visées à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 28 - ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT

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, fautive déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 29 ci-après.

Au moment de son adhésion il informe La Mutuelle de l'existence de garanties Complémentaire Santé souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurance.

ARTICLE 29 - SANCTIONS

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à La Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies à l'article 12 de ses statuts. En cas de résidence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi : la nullité de la garantie en application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : la réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant en application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent, La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici 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 de services garantis par La Mutuelle aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

ARTICLE 30 - SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, La Mutuelle n'intervient pas en principe. Toutefois, elle pourra, pour les dossiers importants, accorder sa prise en charge. Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit à l'adhérent dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. L'adhérent devra fournir une déclaration indiquant la date de l'accident, ses circonstances, les coordonnées des personnes en cause et de leurs contrats d'assurance. 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 de l'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.

ARTICLE 31 - AUTRES SERVICES

En complément des garanties statutaires visées ci-avant, La Mutuelle peut :

- proposer une indemnité pour remboursement des frais d'obsèques. La garantie est annuelle, chaque année, l'assemblée générale fixe sa reconduction, sa modification ou sa suppression.
- dans le cadre de conventions intervenant entre elle et d'autres prestataires de services, permettre à ses adhérents en difficulté, par suite de maladie ou d'accident, de bénéficier d'aide en nature ou en espèces. Dans ce cas, La Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations.

Ces contrats ou conventions déterminent les conditions pour bénéficier de ces prestations et les limites des garanties octroyées.

ARTICLE 32 - ACTION SOCIALE

Pour aider les adhérents à faire face à des difficultés particulières de paiement de leur cotisation dues à une situation de chômage, ou à sortir d'une situation ponctuellement difficile, La Mutuelle a créé un fonds de chômage et un fonds social. L'adhérent doit justifier de **trois ans** de sociétariat à la date de l'événement. Les demandes sont examinées par une Commission spécifique composée d'élus mutualistes qui statue sur dossier constitué auprès des services administratifs, auquel sont joints les justificatifs des ressources de la famille, des dépenses engagées et de leur motivation

ARTICLE 33 - DESIGNATION DE L'ORGANE DE CONTROLE

La Mutuelle conformément à l'article L510-1 du Code de la Mutualité exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) consacrée dans le code monétaire et financier sous les articles L612-1 et suivants.

(Mis à jour par l'Assemblée Générale du 8 novembre 2010)

