Votre Mutuelle Frais de santé

RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ

Applicable au 1er janvier 2024.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1. GLOSSAIRE **3**

CHAPITRE 2. GÉNÉRALITÉS **6**

ARTICLE 1 : FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE 6
ARTICLE 2 : OBJET DU RÈGLEMENT 6
ARTICLE 3 : MODIFICATION DU RÈGLEMENT 6
ARTICLE 4 : INFORMATIONS 6
Article 4.1. Obligation d'information préalable de la Mutuelle *6*
Article 4.2. Obligation d'information préalable du participant *6*
ARTICLE 5 : PROTECTION DES DONNÉES 7
ARTICLE 6 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE 7

CHAPITRE 3. ADHÉSION, RÉSILIATION, NULLITÉ **7**

ARTICLE 7 : ADHÉSION DES MEMBRES PARTICIPANTS 7
Article 7.1. Conditions d'adhésion *7*
Article 7.2. Modalité d'adhésion *7*
Article 7.3. Date d'effet de l'adhésion *8*
Article 7.4. Durée de l'adhésion *8*
Article 7.5. Dispositions particulières en cas de vente à distance ou démarchage à domicile *8*
ARTICLE 8 : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR INTERNET 8
Article 8.1. Modalités d'adhésion *8*
Article 8.2. Consultation et archivage des documents *8*
Article 8.3. Convention de preuve *9*
Article 8.4. Responsabilités *9*
ARTICLE 9 : RÉSILIATION DE L'ADHÉSION 9
Article 9.1. Résiliation à l'initiative du membre participant *9*
Article 9.2. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations *9*
Article 9.3. Résiliation exceptionnelle à l'initiative du membre participant *9*
Article 9.4. Résiliation à l'initiative du membre participant suite à son adhésion dans un contrat collectif à adhésion obligatoire *10*
Article 9.5. Résiliation à l'initiative du membre participant suite à bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire *10*
Article 9.6. Résiliation ou exclusion exceptionnelle à l'initiative de la Mutuelle *10*
Article 9.7. Résiliation en cas de décès du membre participant *10*
Article 9.8. Conséquences de la résiliation *10*
ARTICLE 10 : NULLITÉ DE L'ADHÉSION POUR FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE 10

CHAPITRE 4. GARANTIES FRAIS DE SANTÉ **11**

ARTICLE 11 : OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 11
ARTICLE 12 : PRESTATIONS GARANTIES 11
Article 12.1. Détails des prestations garanties *11*
Article 12.2. Évolution de la règlementation de l'Assurance maladie *12*
Article 12.3. Modifications des prestations garanties à la demande du membre participant *13*
ARTICLE 13 : BÉNÉFICIAIRES 13
Article 13.1. Les membres participants *13*
Article 13.2. Les ayants droit *13*
Article 13.3. Ajout d'ayant droit *13*
Article 13.4. Radiation des ayants droit *13*
ARTICLE 14 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS 13
ARTICLE 15 : CONTRÔLE 14
ARTICLE 16 : EXCLUSIONS 14
ARTICLE 17 : LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE 14
ARTICLE 18 : SUBROGATION 14
ARTICLE 19 : PRESCRIPTION 14

CHAPITRE 5. COTISATIONS **14**

ARTICLE 20 : TAUX, ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS 14
ARTICLE 21 : IMPÔTS ET TAXES 15
ARTICLE 22 : PAIEMENT DES COTISATIONS 15

CHAPITRE 6. FONDS D'AIDE SOCIALE **15**

CHAPITRE 7. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION **15**

BULLETIN DE RENONCIATION

CHAPITRE 1. GLOSSAIRE

Les parties intervenantes

Adhérent
Toute personne physique qui, par la signature de la demande d'adhésion, demande à bénéficier des dispositions du contrat sous réserve que son adhésion ait pris effet dans les conditions déterminées par le présent Règlement mutualiste santé. L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

Ayant droit
Personne pouvant bénéficier des garanties en raison de ses liens avec un membre participant, selon la définition exposée au Chapitre 4 – article 13.2 du présent Règlement.

Bénéficiaires
Membre participant ainsi que ses éventuels ayants droit couverts par les garanties du présent Règlement.

Centre de gestion (ou délégataire de gestion)
Organisme en charge de la gestion des contrats d'adhésion et de leur mise en œuvre pour le compte de la MEP. Le Centre de gestion est indiqué sur la carte de tiers-payant de l'adhérent. Le Centre est l'interlocuteur principal de l'adhérent (enregistrements, cotisations, trop perçus, remboursements de soins, devis, prises en charge, liaisons NOEMIE, communications, explications, réclamations, etc.).

Courtier
Intermédiaire en Assurances (IAS), intervenant dans une opération commerciale entre la MEP et l'adhérent.
Il est soumis à une obligation d'immatriculation au Registre Unique des Intermédiaires, tenu par l'ORIAS

Organisme assureur
Organisme, agréé par l'Autorité de Contrôle nationale des sociétés d'assurances, mutuelles, etc. (ACPR), qui assure le contrat Frais de Santé de l'adhérent. En l'espèce, il s'agit de la « Mutuelle des Etudiants de Provence » (MEP), immatriculée 782 814 826 siège au 10 rue Léon Paulet 13 008 MARSEILLE.

Participant (ou membre participant)
L'adhérent, qui adhère ou a adhéré au contrat d'assurance.
L'adhésion peut se faire à titre individuel ou dans le cadre de contrats collectifs.

Souscripteur
Personne physique ou morale ayant souscrit le contrat auprès de l'organisme assureur.

Les données

Donnée à caractère personnel
Selon RGPD (Règlement Général pour la Protection des Données) est considérée comme une donnée à caractère personnel toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, par référence à un identifiant tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres, liés à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.
En matière d'assurance-santé ou prévoyance, l'identification d'une personne par ses noms, prénoms, date de naissance, l'utilisation d'informations associées comme un numéro de contrat, toute information attachée à la personne (adresse, coordonnées bancaires, historique de paiements…) et plus encore ses données de santé sont des données personnelles au sens du règlement.

Donnée concernant la santé
Selon RGPD (Règlement Général pour la Protection des Données) est considérée comme une donnée concernant la santé toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèle des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne.

Frais de santé

Accident
Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure au participant/bénéficiaire.

Acte clinique
Consultation et visite de médecins généralistes ou spécialistes.

Ambulatoire
Hospitalisation dans un établissement de santé ou actes dispensés en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Base de remboursement (BR)
Tarif de référence déterminé entre l'État et les fédérations de professionnels de santé sur lequel la Sécurité sociale calcule son remboursement.

Contrat « responsable et solidaire »
La loi qualifie une garantie complémentaire santé de « responsable et solidaire » lorsque l'organisme :
- ne fixe pas de cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts,
- ne recueille aucune information médicale,
- encourage le respect du parcours de soins coordonnés,
- rembourse au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du Régime obligatoire et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire (sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie),
- couvre l'intégralité du forfait journalier hospitalier, ainsi que la participation forfaitaire actes lourds, prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale,
- rembourse intégralement, en sus du Régime obligatoire, les équipements d'optique, soins prothétiques dentaires et aides auditives appartenant à une liste réglementée « 100% santé » à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) ou des Prix Limites de Vente (PLV),
- respecte les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :
- optique : par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans (sauf renouvellement anticipé prévu par la réglementation)
- aides auditives : par période de 4 ans (à compter du 01/01/2021) à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.
- respecte les planchers et les plafonds du contrat responsable,
- limite la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des dispositifs DPTAM. Elle doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à l'un de ces dispositifs,
- ne rembourse pas :
- les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 2 € applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Cotisation
Cotisation payée par l'adhérent au sens du Code de la mutualité.

Dépassement d'honoraires
Somme qu'un praticien peut demander de payer au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

DPTAM :
Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
Le DPTAM est la dénomination représentant un quelconque des dispositifs visant la modération des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés, notamment les médecins ayant

adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ceux ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).
Le CAS et l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

En choisissant un médecin qui adhère au DPTAM, l'adhérent bénéficie d'un meilleur remboursement Sécurité sociale.

La législation impose à la Mutuelle de rembourser différemment les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au DPTAM de ceux qui n'y adhèrent pas (dont les médecins non-conventionnés).
Pour choisir un médecin selon différents critères géographiques, types de dépassements d'honoraires, etc. Il est possible de consulter le site ameli : http://annuairesante.ameli.fr/.

Équipement 100% Santé
Les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100% Santé ») sont définis réglementairement.
Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».
La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou par le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, est remboursée par la complémentaire santé.
Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».
Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leurs patients la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut, de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Équipement à prise en charge libre
Il s'agit de prestations d'optiques, d'aides auditives et de soins et prothèses dentaires qui ne font pas partie des équipements « 100% Santé » dont la liste est définie réglementairement. La prise en charge des équipements à prise en charge libre découle de l'application du tableau de garantie contractuel.

Forfait hospitalier
Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime obligatoire. Certains patients en sont dispensés (personne hospitalisée à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personne soignée dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse…).

Frais réels
Dépense réellement engagée pour un acte médical donné.

Franchise (Article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale)
Montant forfaitaire que la Sécurité sociale ne rembourse pas. Cette franchise, à la charge du participant, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.
La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.

Garantie
Engagement de l'assureur, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'évènements faisant jouer les clauses du contrat, intervenant au cours d'une période déterminée.

Honoraires limites de facturation (HLF)
Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Ils sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « 100% Santé ».

Maladie
Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations du Régime obligatoire.

Médecin correspondant
Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

Médecin traitant
Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant, choisi par l'assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le médecin correspondant.

Médicament
Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toutes substances ou composition pouvant être utilisées chez l'Homme ou l'animal ou pouvant leur être administrées, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.
Un médicament doit avoir fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).
Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en cinq catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
Les prix de certains médicaments sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sont pris en charge par le Régime obligatoire selon des niveaux de remboursements différents :

- **Médicaments remboursés à 100%** par l'assurance maladie obligatoire : ils sont irremplaçables et particulièrement couteux,
- **Médicaments remboursés à 65 %** par l'assurance maladie obligatoire : le service médical rendu est majeur ou important,
- **Médicaments remboursés à 30%** par l'assurance maladie obligatoire : leur service rendu est modéré,
- **Médicaments remboursés à 15%** par l'assurance maladie, ils ont un service médical rendu faible.

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par le pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Niveau de garantie
Ensemble des garanties auxquelles une cotisation donne droit.

NOÉMIE
« Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs », permettant des échanges informatisés d'informations entre les caisses nationales du Régime obligatoire et l'assureur.

Parcours de soins coordonnés
C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposés en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.
Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé « médecin

correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant. Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres, ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle d'accès direct autorisé. Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

Participation forfaitaire
Contribution prélevée par le Régime obligatoire sur ses remboursements.
Depuis le 1er septembre 2008, elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins et des actes de biologie et de radiologie au profit des assurés sociaux, hormis les consultations des mineurs, des titulaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'état et à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse pour les femmes enceintes (hors actes médicaux réalisés dans le cadre des examens obligatoires).

Plafond mensuel de la Sécurité sociale P.M.S.S.
Plafond de référence fixé annuellement par arrêté publié au Journal Officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur mensuelle sert au calcul de la cotisation due.

Prestation
Montant remboursé à un participant par l'organisme assureur en application des garanties prévues au contrat (et des éventuels services associés qu'il prévoit).

Prix Limite de vente (PLV)
Le PLV d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un PLV, le prix est libre.

Régime obligatoire
Régime général ou local d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale.

Reste à charge
Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de la Mutuelle.

Secteur conventionné
Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.

Tarif forfaitaire de responsabilité
Tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. Il est fixé en fonction du prix du générique correspondant.

Ticket modérateur (TM)
Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par le Régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Tiers payant
Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance de frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Dentaire

Appareil dentaire
Les dents absentes peuvent être remplacées soit par une prothèse mobile en résine rose, soit par un stellite, plus léger et plus confortable.

Bridge
Un bridge est nécessaire quand une ou plusieurs dents sont absentes. Les dents de part et d'autre sont les piliers et doivent être couronnées. Les dents absentes sont remplacées par des inter de bridge.

Couronne
Une couronne recouvre une dent abîmée. Elle nécessite la présence d'une racine. Elle peut être réalisée en différents matériaux. Les plus couramment utilisés sont la céramique sur métal non précieux et le métal non précieux. La couronne en céramique est plus esthétique, elle est réalisée dans une teinte proche de celle des dents.

Inlay – cores
Aussi appelés « faux-moignons », ce sont des reconstitutions corono-radiculaires métalliques coulées utilisées pour reconstituer une dent très délabrée et dévitalisée.

Inlay – Onlay
Traitement prothétique permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante en cas de caries importantes.

Implant
L'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente. Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'un pilier implantaire et d'une couronne.

Orthodontie
Des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile, favorisent l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire. Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois.
Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.
La Sécurité sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme.

Renouvellement des sillons
Pour les enfants de 6 à 14 ans. Il s'agit d'un moyen de prévention des caries consistant à appliquer une résine fluide au niveau des sillons des dents ce qui évite un contact direct entre les aliments et les dents. Ce traitement est totalement indolore.

SPR
Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste.

Test salivaire et pose d'un vernis fluoré
Le test salivaire détermine :
- le taux de sécrétion salivaire,
- le pouvoir de la salive pour lutter contre les acides à l'origine des caries,
- les bactéries responsables des caries.

Ainsi, on peut plus facilement élaborer une politique personnalisée de prévention.
Les vernis fluorés permettent une isolation des dents pour les rendre moins sensibles.

Optique

Prestation d'appairage
Dans le cas où le patient a besoin d'une paire de lunettes avec deux types de verres « 100% Santé » différents, une prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture.

Verres unifocaux
Ils ne comportent qu'un seul foyer et sont utilisés dans la correction des défauts visuels simples, pour la vision de près et la vision de loin.

Verres multifocaux
Ils comprennent les verres à double et triple foyers et les verres progressifs. Ils permettent de corriger à la fois la vue de loin et la vue de près.

Audition

Aides auditives ou audioprothèses
Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Elles sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

CHAPITRE 2. GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 1 : FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est une personne morale de droit privé, à but non lucratif.
Elle mène notamment, au moyen des cotisations versées par ses membres et dans leur intérêt et celui de leurs ayants droit, une action en matière de maladie et d'accident, de solidarité, d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale ont force de loi et s'imposent aussi bien à la Mutuelle qu'à ses membres.

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres sont élus par l'Assemblée générale.

La gestion du contrat et le paiement des prestations sont confiés à un « Centre de gestion », organisme en charge de la gestion des contrats d'adhésion et de leur mise en œuvre pour le compte de la MEP. Le Centre de gestion est indiqué sur la carte de tiers-payant du membre participant. Le Centre est l'interlocuteur principal de l'adhérent (enregistrements, cotisations, trop perçus, remboursements de soins, devis, prises en charge, liaisons NOEMIE, communications, explications, réclamations, etc.).

ARTICLE 2 : OBJET DU RÈGLEMENT

L'objet du présent Règlement est, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et des statuts de la Mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existants entre la Mutuelle et chaque membre participant qui adhère à une garantie complémentaire « Frais de santé », dans le cadre d'une opération individuelle.
Il est régi par le Code de la mutualité. La langue utilisée est la langue française.

ARTICLE 3 : MODIFICATION DU RÈGLEMENT

Le présent Règlement mutualiste santé peut être modifié par l'Assemblée générale de la Mutuelle. Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et leur sont opposables, ainsi qu'à leurs ayants droit.

L'Assemblée générale de la Mutuelle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration de la Mutuelle. Les décisions prises au titre de cette délégation sont opposables aux membres participants dès qu'elles leur sont notifiées, ainsi qu'à leurs ayants droit.

ARTICLE 4 : INFORMATIONS

Article 4.1. Obligation d'information préalable de la Mutuelle

Chaque membre participant se voit remettre lors de l'adhésion le présent Règlement mutualiste sur les droits et obligations réciproques de la Mutuelle et du membre.

Article 4.2. Obligation d'information préalable du participant

Le membre participant est tenu de déclarer à la Mutuelle toutes informations nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement de son adhésion au présent Règlement mutualiste santé.
Il déclare sincères et véritables les informations mentionnées sur sa demande d'adhésion.
En cours d'adhésion, il est tenu d'informer la Mutuelle des modifications de sa situation, dans les 15 jours qui suivent l'événement, relatives à :

- Son état civil,
- Son adresse,
- Son régime d'Assurance maladie obligatoire ou celui de ses ayants droit,
- Sa situation matrimoniale et familiale,
- Ses coordonnées bancaires,
- Et, plus généralement, tout événement ou toute modification pouvant avoir un effet sur l'application du Règlement mutualiste santé.

Le membre participant reconnaît que toute omission, déclaration inexacte, réticence ou fausse déclaration peut entraîner la résiliation ou la nullité de son adhésion conformément à l'article 9.6 et à l'article 10 du présent Règlement mutualiste santé.

ARTICLE 5 : PROTECTION DES DONNÉES

Les données à caractère personnel sont régies par le règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.
La MEP, ses délégataires de gestion et ses courtiers exercent leurs activités en conformité avec cette législation. Les données collectées sont les données nécessaires et suffisantes au strict traitement de l'adhésion au produit assuré par la Mutuelle.

La MEP, ses délégataires de gestion et ses courtiers traitent des données à caractère personnel au titre des finalités suivantes :

- la souscription, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance,
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales, promotionnelles et de fidélisation,
- la collecte, exploitation d'avis d'assurés sur les produits et services proposés par MEP ou tout partenaire de celui-ci,
- la gestion des réclamations et des contentieux,
- le devoir de conseil lié au recueil des besoins avancés par l'assuré,
- l'élaboration de statistiques (dont commerciales) et d'études actuarielles,
- la lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- l'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles ne sont pas ultérieurement traitées d'une manière incompatible avec ces finalités.

Les destinataires de données à caractère personnel peuvent être, dans le strict cadre des finalités évoquées ci-dessus : les personnels dûment habilités de la MEP et de ses délégataires de gestion, de leurs partenaires, sous-traitants, prestataires, réassureurs, et s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance ainsi que les personnes intéressées au contrat, ainsi que les autorités publiques conformément à

la loi.
La MEP, ses délégataires de gestion et ses courtiers ne conservent les données à caractère personnel que pour les finalités pour lesquelles elles ont été collectées et dans le respect des délais de prescription légaux et des différentes obligations imposées par la règlementation.
Les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent des droits suivants :
Droit d'accès : ce droit permet d'obtenir des informations sur ses données personnelles. Par exemple, il confère la possibilité de connaître ses données personnelles détenues par la MEP, ses délégataires de gestion et ses courtiers, les finalités de leurs traitements et leurs destinataires.
Droit de rectification : ce droit permet de faire rectifier ses données personnelles lorsqu'elles sont inexactes et de compléter celles qui sont incomplètes.
Droit à l'effacement (ou droit à l'oubli) : ce droit permet, sous certaines conditions, d'obtenir l'effacement de ses données, en particulier dans les cas suivants :

- Si les données personnelles ne sont plus nécessaires au regard des finalités de leur traitement et que leur conservation ne répond plus à des exigences légales ou administratives.
- Si le consentement à leur traitement, le cas échéant, est retiré.

Droit d'opposition : ce droit permet, sous certaines conditions, de s'opposer à tout moment et sans frais au traitement de ses données personnelles, en particulier s'opposer à ce qu'elles servent à des fins de prospection.
Droit à la portabilité : ce droit permet d'exiger la transmission de ses données dans un format « structuré, couramment utilisé et lisible par machine », à soi ou à un tiers.
Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée à : La Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP) –10 rue Léon Paulet - 13 008 MARSEILLE.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant (ou, le cas échéant, aux ayants droit), selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du Code de la Consommation, il est rappelé que si, en dehors de la relation avec la MEP, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL - service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret 10000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.
Il peut également s'opposer à tout démarchage commercial de la part de la MEP en faisant la demande auprès de la MEP à l'adresse 10 rue Léon Paulet 13 008 MARSEILLE.

ARTICLE 6 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément aux articles L.510-1 du Code de la mutualité et L.612-2 du Code monétaire et financier, le contrôle sur les mutuelles et unions régies par le Livre II du Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09.

CHAPITRE 3. ADHÉSION, RÉSILIATION, NULLITÉ

ARTICLE 7 : ADHÉSION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 7.1. Conditions d'adhésion.
L'adhésion à la Mutuelle est réservée aux personnes physiques affiliées à un Régime obligatoire de droit français d'Assurance maladie.
Toute demande d'adhésion à la Mutuelle implique l'engagement de respecter les obligations indiquées dans le présent Règlement. Elle implique aussi l'obligation de verser dans les délais indiqués les cotisations prévues et celle de fournir aux dates prescrites les renseignements nécessaires.

Article 7.2. Modalité d'adhésion
Adhésion individuelle :
La qualité de membre participant résulte de la signature d'une demande d'adhésion dûment et correctement complétée. Elle emporte acceptation des dispositions des droits et obligations définis par le présent Règlement mutualiste santé, qui s'imposent au membre participant et à ses ayants droit.

Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative :
La qualité de membre participant résulte de la signature de la demande d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre la Mutuelle et la personne morale souscriptrice ou le Règlement auquel elle a adhéré.

Le membre participant doit, notamment, mentionner sur la demande d'adhésion, les ayants droit bénéficiaires, leur numéro de Sécurité sociale, situation familiale (marié, célibataire, veuf, séparé, divorcé, pacsé, concubin…), adresse, date de naissance, sexe, téléphone et adresse mail personnelle. Il doit joindre à cette demande d'adhésion une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer et un relevé d'identité bancaire ou postal pour le virement des prestations.
L'adhésion est notifiée par la remise d'un certificat d'adhésion mentionnant l'identité des bénéficiaires, la date d'effet de l'adhésion, la formule choisie.

La MEP peut gérer pour le compte de l'adhérent la résiliation de son contrat auprès de son ancienne Mutuelle en remplissant l'encadré « Résiliation infra annuelle » sur le bulletin d'adhésion. Une continuité de la couverture est alors assurée durant la procédure de transfert.

Article 7.3. Date d'effet de l'adhésion
Elle figure sur la demande d'adhésion et intervient au plus tôt le premier jour du mois civil suivant (sauf en cas de demande de l'assuré et peut alors se faire au lendemain suivant la réception de la demande d'adhésion complète au Centre de gestion), la réception du dossier complet comprenant nécessairement la demande d'adhésion complétée et signée et le mandat SEPA complété et signé permettant le prélèvement des cotisations sur le compte bancaire ou postal accompagné d'un RIB d'un établissement bancaire français.

Article 7.4. Durée de l'adhésion
L'adhésion au présent Règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation selon les modalités fixées à l'article 9 du présent Règlement.

Article 7.5. Dispositions particulières en cas de vente à distance ou démarchage à domicile
Délai de renonciation en cas de vente à distance ou démarchage à domicile :
Conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, le membre participant qui adhère au présent Règlement mutualiste santé à

distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-7 du Code de la Consommation, si cette dernière est postérieure.

La renonciation doit être notifiée à la MEP selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) à votre centre de gestion ou à La Mutuelle des Etudiants de Provence –10 rue Léon Paulet - 13 008 MARSEILLE.;
- Par Lettre Recommandée Électronique ou courrier électronique par l'intermédiaire du formulaire de contact https://heyme.care/fr/contact ;
- À partir de l'onglet « Contact » dans l'espace assuré.

Délai et modalités de restitution en cas de vente à distance ou démarchage à domicile :
Conformément à l'article L.222-13 du Code de la Consommation, la Mutuelle est tenue de rembourser le membre participant dans les meilleurs délais et, au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du présent Règlement mutualiste santé, à l'exclusion du paiement proportionnel des prestations effectivement fournies et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà du délai de trente jours, la somme et ses compléments sont, de plein droit, productifs d'intérêts au taux légal en vigueur, conformément à l'article L.121-30 du Code de la Consommation.

Le membre participant restitue à la Mutuelle, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toute somme et tout bien qu'il a reçus de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter.

ARTICLE 8 : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR INTERNET

Article 8.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par l'adhérent en réponse au questionnaire de la MEP visant à recueillir les éléments permettant l'identification et l'évaluation du risque à assurer de l'adhérent.
L'ensemble des renseignements fournis en réponse au questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition de garantie.

À chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, l'adhérent dispose de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion à l'assurance est validée par l'adhérent au moyen de la signature électronique. La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de l'adhésion, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'organisme assureur et comporte le numéro de l'adhésion est émis. Un e-mail de confirmation est adressé à l'adhérent et il pourra consulter son certificat dans son espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'adhérent (proposition, notice d'information, certificat d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont, elles seules, valeur probante.

Article 8.2. Consultation et archivage des documents

Chaque document contractuel mis à la disposition de l'adhérent lors de l'adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le disque dur de l'ordinateur de l'adhérent. Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans l'espace personnel de l'adhérent, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Article 8.3. Convention de preuve

Les données fournies par l'utilisateur de ce site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.
Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

Article 8.4. Responsabilités

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il appartient à l'adhérent d'assurer la sécurité de son ordinateur. Lorsque l'adhérent accède au site Internet, il vérifie soigneusement l'adresse affichée par son navigateur Internet, vérifie la dernière connexion, se déconnecte après chaque utilisation, ne clique jamais sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprime les e-mails douteux sans les ouvrir.

ARTICLE 9 : RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Article 9.1. Résiliation à l'initiative du membre participant

9.1.1 Résiliation à échéance annuelle

Le Membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans par notification au moins deux mois avant la date d'échéance.
Conformément à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice de ce droit à dénonciation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisations.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du second alinéa ci-dessus, le membre participant peut, mettre un terme à son adhésion, sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

9.1.2 Résiliation infra-annuelle

De plus, la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 permet à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, de résilier son contrat à tout moment sans frais ni pénalité. La résiliation prendra effet un mois après que la MEP en ait reçu notification. Il sera adressé un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Toute résiliation doit être notifiée à la MEP selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) à votre Centre de gestion ou à La Mutuelle des Etudiants de Provence –10 rue Léon Paulet - 13 008 MARSEILLE;
- Par Lettre Recommandée Électronique ou courrier électronique par l'intermédiaire du formulaire de contact https://heyme.care/fr/contact ;
- À partir de l'onglet « contact » dans l'Espace assuré.

Le Membre participant sera redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle les garanties sont en vigueur. En cas de trop versé, celui-ci sera remboursé par la MEP sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation des garanties.
À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Article 9.2. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la Mutuelle au membre participant, d'une lettre recommandée constituant mise en demeure. 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 cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les frais médicaux engagés, exécutés ou prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

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 a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de la suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 9.3. Résiliation exceptionnelle à l'initiative du membre participant.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
- il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin d'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

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

Article 9.4. Résiliation à l'initiative du membre participant suite à son adhésion dans un contrat collectif à adhésion obligatoire

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion suite à son intégration dans le contrat collectif à adhésion obligatoire de son employeur en envoyant une lettre de son employeur justifiant le caractère obligatoire dans les quinze jours de la date d'entrée.

La résiliation intervient le premier jour du mois qui suit la réception de la demande. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre participant.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Article 9.5. Résiliation à l'initiative du membre participant suite à bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire.

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion suite à bénéfice, pour lui-même et éventuellement pour ses ayants droit, de la Complémentaire Santé Solidaire, sur présentation d'un justificatif du Régime obligatoire ayant accordé les droits.

La résiliation des bénéficiaires de la CSS intervient le dernier jour du mois de la réception de la copie de l'attestation délivrée par le Régime obligatoire. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre participant.

Article 9.6. Résiliation ou exclusion exceptionnelle à l'initiative de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Peuvent être exclus de la Mutuelle, les membres qui auraient porté atteinte matériellement ou moralement à la Mutuelle. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au

jour et lieu indiqués, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.
L'exclusion est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée ; elle prend effet à dater de la présentation de cette lettre.

La perte de la qualité de membre entraîne de plein droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer quelques formalités que ce soit, la cessation des effets de toutes demandes d'adhésion, contrats collectifs ou tous autres documents entre la Mutuelle et son participant.
La démission, la radiation ou l'exclusion d'un membre ne donne pas lieu au remboursement des cotisations sous réserve des cas prévus expressément par les dispositions légales, le contrat collectif ou le présent Règlement mutualiste santé.

Article 9.7. Résiliation en cas de décès du membre participant

En cas de décès du membre participant, la résiliation de l'adhésion intervient le lendemain du jour du décès. Une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle.
Les cotisations correspondant à la période postérieure au décès sont remboursées, sur demande écrite, à la personne ayant qualité pour agir.

Article 9.8. Conséquences de la résiliation

La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues au présent Règlement mutualiste santé.
La résiliation met un terme à l'ensemble des garanties souscrites. En conséquence, les frais médicaux engagés, exécutés ou prescrits après la date d'effet de la résiliation ne donnent lieu à aucune prise en charge.
Le membre participant (ou ses ayants droit) est tenu de restituer à la Mutuelle sa carte de tiers payant, au plus tard dans les quinze jours suivant la résiliation de son adhésion. En cas de non restitution ou d'utilisation frauduleuse, le membre participant et ses ayants droit s'exposent à des poursuites judiciaires.

ARTICLE 10 : NULLITÉ DE L'ADHÉSION POUR FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

CHAPITRE 4. GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 11 : OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

La garantie frais de santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des prestations versées par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le présent Règlement mutualiste santé.
Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Deux types de contrats peuvent être assurés par la MEP :

Les contrats dits « Solidaires et responsables »
Un contrat est de type « solidaire et responsable » lorsqu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.
En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein du présent Règlement ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement* de la *Sécurité sociale* (remboursement *Sécurité sociale* inclus).
Ce type de contrat respecte également les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des « Contrats responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).
Dans le cadre de la réforme dite « 100% santé » et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du Régime obligatoire. La prise en charge de ces frais s'effectuera selon le calendrier déterminé au décret susvisé.
Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et règlementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

Les contrats non « Solidaires et responsables »
Un contrat est de type non responsable lorsqu'il ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du Code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 12 : PRESTATIONS GARANTIES

Article 12.1. Détails des prestations garanties

Les prestations garanties sont définies dans le tableau, correspondant au contrat souscrit sur la demande d'adhésion, figurant en Annexe du présent Règlement mutualiste santé.

Toutes les demandes de devis, explications de garanties, prises en charge, montant remboursé, délai, éditions de carte de tiers payant, rattachement d'ayant droit, appel de cotisation, relance, etc. sont à adresser au Centre de gestion qui met en place des explications à disposition.
Sont pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date de prise d'effet précisée sur le certificat d'adhésion.

Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par les Régimes obligatoires de l'Assurance maladie,

sauf cas particulier mentionné dans la grille des prestations garanties.

Les périodes sur lesquelles les plafonds sont basés sont précisées dans le tableau des prestations garanties.

Parodontologie : Seuls les actes côtés suivants sont pris en charge : curetage surfaçage (HBGB006), greffe gingivale (HBED023, HBED024), lambeau (HBJA003, HBMA001) et allongement coronaire (HBAA338).

Sauf mention contraire, les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (à l'exclusion de la thalassothérapie) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de suite de soins, de moyens séjours ou assimilés, les séjours de désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants ou analogues, seulement s'ils sont agréés par la Sécurité sociale, sont pris en charge, uniquement dans les établissements conventionnés, sur la base de **100% de la Base de Remboursement** sous déduction du remboursement du Régime obligatoire, y compris le forfait journalier et à l'exclusion de la chambre particulière.

Sauf mention contraire, les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilés réalisées « hors parcours de soins coordonnés » sont prises en charge sur la base de 100% de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement du Régime obligatoire.
Sauf mention contraire, l'hospitalisation en psychiatrie en établissements conventionnés est prise en charge sur la base de 100% de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement du Régime obligatoire y compris le forfait journalier et à l'exclusion de la chambre particulière.

Forfait cure thermale

S'ils sont prévus au tableau des garanties, et sauf indication contraire dans le tableau des garanties, les frais de cure thermale acceptés par la Sécurité sociale sont remboursés par ce forfait selon le niveau choisi, proratisé selon le nombre de jours de la durée du séjour lorsque ce séjour est inférieur à 21 jours.

Allocation naissance/adoption

S'il est prévu au tableau des garanties, une allocation naissance ou adoption est versée selon le niveau choisi.

Elle est attribuée au participant bénéficiaire, accouchant d'un enfant vivant, après inscription du ou des enfant(s) à la Mutuelle. Il est également versé au participant bénéficiaire en cas d'adoption d'un enfant, après inscription de l'enfant à la Mutuelle.

Sauf indication contraire dans le tableau des garanties, en cas de naissances ou adoptions multiples, ou dans le cas d'un enfant handicapé, ce montant est doublé.

Allocation obsèques

Objet de la garantie
Si elle est prévue au tableau de garanties, l'allocation obsèques a pour objet de couvrir une partie des frais d'obsèques lors du décès du membre participant ou d'un de ses ayants droit inscrit à la Mutuelle.

Montant de la garantie
L'allocation destinée à participer au financement des frais d'obsèques est d'un montant forfaitaire précisé dans le tableau des garanties de santé présent en Annexe.
Le capital garanti au titre de ce contrat est susceptible d'être insuffisant pour couvrir l'intégralité des frais prévisibles d'obsèques.
En cas de décès d'un assuré âgé de moins de 12 ans, majeur sous tutelle ou placé dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, le versement de la prestation est limité aux frais réellement engagés, à concurrence du montant forfaitaire du capital garanti indiqué ci-dessus qu'il ne peut en aucun cas excéder.

Mise en œuvre de la garantie
La mise en œuvre de la garantie est subordonnée au paiement complet des cotisations dues à la date de survenance du risque et répond aux dispositions ci-après :
Pièces à fournir :
- un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- une facture acquittée attestant du montant du paiement des frais d'obsèques,
- un relevé d'identité bancaire libellé au nom de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques,
- un certificat médical précisant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,

Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres documents pourront être demandés et notamment toute pièce exigée par la règlementation, particulièrement en matière fiscale.
Toute demande de prestation doit être adressée par courrier, daté, signé et accompagné des pièces énumérées ci-dessus, à son Centre de gestion ou à la MEP.
Règlement de la prestation
Le capital garanti est payable en euros, et versé par le Centre de gestion, en sa qualité de gestionnaire du contrat ou directement par la MEP, en une seule fois au(x) bénéficiaires(s) dans un délai maximum de dix (10) jours à compter de la réception de l'intégralité des pièces justificatives requises, sous réserve que la garantie ne soit pas suspendue ou résiliée pour défaut de paiement des cotisations.

Bénéficiaire
Le capital garanti est versé à la personne physique ayant supporté les frais d'obsèques et qui en justifie par la présentation d'une facture acquittée.

Le capital garanti peut également être versé directement au profit de la société de pompes funèbres, sous réserve que les frais d'obsèques aient été réellement engagés par cette dernière et qu'ils n'aient pas été déjà réglés. Le cas échéant, il peut aussi être versé entre les mains du notaire en charge de la succession de l'assuré, dès lors que ladite succession a supporté directement les frais d'obsèques et que la justification en est produite sur présentation d'une facture acquittée.

Le reliquat éventuel du capital garanti est versé aux bénéficiaires déterminés dans l'ordre ci-après (clause bénéficiaire standard) :

- au conjoint de l'adhérent non séparé de corps judiciairement, au partenaire auquel il est lié par un PACS ou son concubin,
- à défaut, aux enfants de l'adhérent, légitimes, reconnus, adoptifs ou pupilles de la Nation dont il est le tuteur, par parts égales entre eux et la part d'un prédécédé revenant à ses descendants ou frères et sœurs s'il n'a pas de descendants,
- à défaut, aux père et mère de l'adhérent, par parts égales entre eux, ou au survivant des deux le cas échéant,
- à défaut, aux héritiers de l'adhérent par parts égales entre eux.

Risques exclus

Les conditions d'indemnisation au titre de la Garantie « frais obsèques » s'appliquent à tout décès survenu après la date de prise d'effet de la garantie, à l'exclusion des cas suivants, de leurs suites, conséquences, rechutes et/ou récidives éventuelles :

- le suicide de l'assuré dans la première année d'assurance,
- les risques de guerre,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux de l'atome,
- les risques résultant de la participation active à des rixes, crimes, actes de terrorisme ou de sabotage, attentats, émeutes, insurrections, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- le meurtre commis sur la personne de l'assuré, par le bénéficiaire de la prestation garantie qui a été condamné à ce titre, ou avec sa complicité,
- la pratique de tout sport à titre professionnel, et à titre sportif amateur : le parachutisme, le parapente, la spéléologie, l'alpinisme, la croisière maritime en solitaire et la plongée sous-marine,
- les conséquences de l'utilisation, en tant que pilote ou passager, de tous véhicules ou engins volants en infraction aux lois et règlements en vigueur,
- la participation à des essais, démonstrations, raids, acrobaties et compétitions, nécessitant l'utilisation d'un engin, motorisé ou non, à titre amateur ou professionnel,
- une pandémie,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente.

Article 12.2. Évolution de la règlementation de l'Assurance maladie

Les prestations garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et sont établies en fonction de l'état de la législation de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

Sous réserve des obligations de prise en charge imposées par la réglementation afférente au « contrat responsable », en cas de modification des prestations de la Sécurité sociale, les remboursements complémentaires de la Mutuelle ne pourront, en aucun cas, s'en trouver augmentés et s'effectueront en conséquence à hauteur des montants définis en valeur absolue avant la modification.

Article 12.3. Modifications des prestations garanties à la demande du membre participant

Le membre participant peut demander à changer une fois de garanties à la hausse en cours d'année. En ce cas, il doit remplir une nouvelle demande d'adhésion. La date d'effet de la nouvelle garantie est le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'adhésion.

Sauf difficulté financière avérée et prouvée, il ne peut baisser son niveau de garanties qu'après 24 mois d'adhésion à un niveau inférieur. La Mutuelle se réserve le droit de réclamer toute pièce lui permettant d'apprécier la difficulté financière de l'adhérent.

ARTICLE 13 : BÉNÉFICIAIRES

Article 13.1. Les membres participants

Les membres participants qui ont régulièrement adhéré au présent Règlement mutualiste santé selon les modalités visées à l'article 7 bénéficient des prestations et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Article 13.2. Les ayants droit

Peuvent bénéficier des prestations en qualité d'ayant droit, les personnes physiques définies ci-après sous réserve d'être mentionnées par le membre participant sur sa demande d'adhésion :

- Le conjoint, concubin vivant maritalement avec le membre participant ou la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, à charge ou non au sens de la Sécurité sociale,
- Les enfants à charge, au sens de la Sécurité sociale, du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant,
- Les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études ou en apprentissage ou contrat d'insertion ou au chômage ou en Service National Volontaire, et sur présentation d'un justificatif,
- Les enfants handicapés sans limite d'âge et sur justificatif d'AAH à partir de 20 ans, à charge du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant,

Le membre participant doit fournir à la Mutuelle, à l'adhésion et à tout moment sur demande de la Mutuelle, tout document permettant de justifier de la qualité d'ayant droit.
L'ensemble des bénéficiaires doit avoir droit aux prestations en nature de l'Assurance maladie ou d'un Régime obligatoire d'Assurance maladie français.

Article 13.3. Ajout d'ayant droit

Le membre participant peut demander, à tout moment, l'ajout d'un ayant droit. Cet ajout est formalisé par une nouvelle demande d'adhésion correctement remplie et signée par le membre participant, auquel doit être joint les éventuels justificatifs et attestation de carte vitale.
La date d'effet de l'ajout est :
En cas de naissance ou d'adoption : le jour de la naissance ou l'adoption, sous réserve que la demande d'ajout ait été effectuée dans le mois suivant la survenance de l'événement. Passé ce délai, la date d'effet est le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'ajout.
En cas de mariage, PACS ou concubinage : le premier jour du mois civil suivant la survenance de l'évènement, sous réserve que la demande d'ajout ait été effectuée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Passé ce délai, la date d'effet est le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'ajout.

Article 13.4. Radiation des ayants droit

À chaque échéance annuelle, le membre participant peut demander la radiation d'un ou plusieurs de ses ayants droit, à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle (31/12).
La radiation doit être notifiée à la MEP selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) à votre Centre de gestion ou à La Mutuelle des Etudiants de Provence –10 rue Léon Paulet - 13 008 MARSEILLE.;
- Par Lettre Recommandée Électronique ou courrier électronique par l'intermédiaire du formulaire de contact https://heyme.care/fr/contact ;
- À partir de l'onglet « Contact » dans l'espace assuré.

En cours d'année, il peut être procédé, à la demande écrite du membre participant ou à l'initiative de la Mutuelle, à la radiation des ayants droit qui ne

remplissent plus ou ne justifient plus cette qualité.

ARTICLE 14 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle procède au règlement des prestations par virement bancaire sur le compte du membre participant dont un RIB d'un établissement bancaire français a été fourni :
Soit sur présentation du décompte original du Régime obligatoire de la Sécurité sociale ou de la facture originale acquittée ;
Soit en relation directe par échange de données informatiques avec les organismes gestionnaires du régime d'Assurance maladie obligatoire ou les prestataires informatiques de professionnels de santé suivant les normes en vigueur, sauf dénonciation du membre participant ou de ses ayants droit.

Pour bénéficier des échanges de données informatiques (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et la MEP, l'adhérent et éventuellement ses ayants droit joindront à la demande d'adhésion la photocopie de la carte d'assuré social (attestation papier de la Carte Vitale).

Dans ce cas, seuls seront à envoyer au Centre de gestion :
- la facture de l'opticien, avec le détail des sommes entre verres et monture,
- pour les prothèses dentaires ou l'orthodontie refusées : la notification du refus de la Sécurité sociale et la facture du dentiste,
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- en cas d'hospitalisation : facture de l'établissement (s'il n'y a pas eu de prise en charge), note d'honoraires …
- un acte de naissance pour l'allocation naissance, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Si le message « information transmise à votre Mutuelle » n'apparaît pas sur la ligne de remboursement Sécurité sociale du bénéficiaire, celui-ci devra en plus transmettre l'original du décompte du Régime obligatoire au Centre de gestion.

Les implants dentaires doivent faire l'objet d'un accord préalable, sur la base d'un devis envoyé au Centre de gestion avant le début des travaux lorsqu'un remboursement est prévu par les garanties.

Le remboursement sera effectué à réception des éléments. L'information du paiement et l'information des détails des prestations remboursées seront transmises suivant un mode sélectionné auprès du Centre de gestion (mail, site en ligne, relevé papier…).

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé par la Mutuelle.

Les prestations sont toujours payées en euros.
Les frais réels supérieurs à la Base de remboursement de la Sécurité sociale devront être justifiés.

À la demande écrite et signée du membre participant, et si le Centre de gestion de la Mutuelle le permet, les règlements des prestations d'un des ayants droit du membre participant peuvent lui être versés sur son compte bancaire personnel dont un RIB aura été fourni.

ARTICLE 15 : CONTRÔLE

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 membre participant (ou ayant droit) qui formule une demande de prise en charge ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement mutualiste santé.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.
La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la Mutuelle.
Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle peut également demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

ARTICLE 16 : EXCLUSIONS

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :
- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des adhérents notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- Les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du Code de la Sécurité sociale,
- La majoration de participation de l'adhérent prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant,
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale, et,
- de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application,
- Les remboursements de soins autres que le forfait journalier hospitalier pour les séjours en gériatrie ou gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- Les soins, traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutif à un accident ainsi que leurs conséquences, la thalassothérapie, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement et désintoxication.

ARTICLE 17 : LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 18 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle ou au Centre de gestion de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer au Centre de gestion, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 19 : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la MEP en a eu connaissance,
2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la MEP a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par ces derniers.
La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les assurés sont les ayants droits du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.
Conformément à l'article L 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la MEP au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la MEP en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun d'accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier par la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, …) (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

CHAPITRE 5. COTISATIONS

ARTICLE 20 : TAUX, ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont déterminées conformément aux dispositions de l'article L.112-1 du Code de la mutualité.
Elles sont annuelles et sont fixées selon chaque garantie.
La structure tarifaire des cotisations est indiquée dans l'Annexe-Produit.

Le montant des cotisations peut être modifié par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou, conformément à l'article 1 et à l'article 7 du présent Règlement mutualiste santé, par le Conseil d'administration de la Mutuelle par délégation de l'Assemblée générale.
Cette revalorisation peut être notamment fonction :

- Du vieillissement,
- De l'évolution des coûts, de la consommation médicale et des résultats techniques du Produit ou de la Mutuelle (rapport prestations à cotisations),
- Des taxes imposées par la réglementation.

Toutes modifications des cotisations sont opposables aux membres participants dès qu'elles leur sont notifiées.

Les cotisations de la mutuelle sont variables. Le montant maximal de cotisation qui peut être demandé aux membres participants et honoraires est égal à une fois et demie le montant de la cotisation nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

La mutuelle peut aussi procéder à des rappels de cotisations ou à des réductions de prestations ou modification de garanties si les cotisations annuelles sont insuffisantes pour assurer l'équilibre des opérations.

Ces décisions sont prises par l'Assemblée générale, laquelle peut déléguer chaque année ce pouvoir au Conseil d'administration.

ARTICLE 21 : IMPÔTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujetti et dont la récupération n'est pas interdite, sont inclus dans les cotisations et sont payables en même temps.

ARTICLE 22 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance.
Les cotisations sont dues et payables par défaut mensuellement par prélèvement automatique le 10 de chaque mois. Seul le Centre de gestion peut décider de déroger à cette règle.

CHAPITRE 6. FONDS D'AIDE SOCIALE

Il existe, au sein de la Mutuelle, un fonds d'aide sociale qui permet aux membres participants, ayant au minimum un an d'adhésion, de bénéficier d'aide financière en cas de difficultés passagères.
La décision de l'octroi de ces aides est réalisée par une Commission qui examine les demandes faites par les intéressés.
Pour solliciter le fonds d'aide sociale :
Envoyer un courriel par l'intermédiaire du formulaire de contact :https://heyme.care/fr/contact
ou
Écrire à La Mutuelle des Etudiants de Provence –10 rue Léon Paulet - 13 008 MARSEILLE.

CHAPITE 7. RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Toutes réclamations relatives à l'adhésion au présent contrat sont **à adresser au Centre de gestion dont l'adresse figure sur la carte de tiers payant du membre participant.**
Le Centre de gestion :

- accuse réception de toute réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation,
- et s'engage à y répondre dans un délai de 10 jours ouvrés maximum à compter de la réception de la réclamation.

Le Centre de gestion informe le participant des circonstances particulières, dûment justifiées, qui l'empêcheraient de répondre dans les délais impartis.

En cas de difficulté persistante, la demande peut être adressée à l'adresse de la Mutuelle : La Mutuelle des Etudiants de Provence –10 rue Léon Paulet - 13 008 MARSEILLE, qui, après examen, établira une réponse écrite.

Si la réponse ne satisfait pas et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, le membre participant peut sans préjudice des autres voies de recours légales à disposition du participant, faire appel à un médiateur dont les coordonnées sont : FNIM – Médiation – 4 Avenue de L'Opéra – 75001 Paris.

BULLETIN DE RENONCIATION

(Utilisable pour les cas précisés à l'article 7.5)

Détachez cette feuille des autres,
Remplissez-la,
Signez-la,
Adressez-la à votre Centre de gestion

Je soussigné(e)

Nom ……

Prénom ……

Adresse complète de l'Adhérent ……..
……...
……...
……

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L 223-8 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion au produit …..... assuré par la MEP.

dont la date d'effet indiquée au Certificat d'Adhésion est au : ……...

et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À ..... (lieu),

Le .... / .... / ……

Signature de l'adhérent

MUTUALP SANTÉ COMMUNALE

ANNEXE - PRODUIT DU RÈGLEMENT MUTUALISTE MUTUALP SANTÉ « COMMUNALE »

NATURE DU CONTRAT

Pour les garanties « MA SANTE ECONOMIQUE » « MA SANTE ESSENTIELLE », « MA SANTE CONFORT » et « MA SANTE RENFORCEE », elles sont de type « solidaire et responsable » c'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein du présent Règlement ne saurait s'appliquer à l'encontre des obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement* de la *Sécurité sociale* (remboursement *Sécurité sociale* inclus).
Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables à l'exception de la garantie "MA SANTE SECURITE" qui ne respecte pas les dispositions de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale. La garantie "MA SANTE SECURITE" est par conséquent soumise à un taux de taxe de solidarité additionnelle majoré et ne peut bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés auxdits contrats.

CARACTÉRISTIQUES

Base tarifaire	Par garantie : Ma Santé Sécurité - Ma Santé Economique - Ma Santé Essentielle – Ma Santé Confort – Ma Santé Renforcée
Type de cotisation	Les cotisations sont soumises à réactualisation annuelle en fonction de l'âge des assurés et bénéficiaires calculé par différence de millésime.
Règle cotisation	Gratuité à partir du 3ème enfant Une remise de 20% est appliquée sur le montant de la cotisation des deux conjoints pour les couples (mariés, pacsés, concubins) dont les deux membres sont inscrits sur le même contrat avec une garantie identique. Le tarif est plafonné à l'âge de 80 ans
Condition d'adhésion	Être résident en France métropolitaine
Délai d'attente	Aucun
Eligibilité loi Madelin	Oui, sauf pour la garantie "MA SANTÉ SECURITÉ"

CENTRE DE GESTION

- Par courrier : UMGP - HEYME – CS 70028 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08
- Par téléphone : 04 81 68 18 25
du lundi au vendredi de 9h à 18h
- Par le formulaire de contact : https://heyme.care/fr/contact

La « Mutuelle des Etudiants de Provence » (MEP) est une mutuelle, immatriculée sous le numéro 782 814 826, régie par le Livre II du Code de la Mutualité. Siège social : 10 rue Léon Paulet 13 008 MARSEILLE.

MUTUALP SANTÉ COMMUNALE

TABLEAU DES GARANTIES

MES GARANTIES SANTÉ COMMUNALE

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.	MA SANTÉ SECURITÉ	MA SANTÉ ECONOMIQUE	MA SANTÉ ESSENTIELLE	MA SANTÉ CONFORT	MA SANTÉ RENFORCÉE
HOSPITALISATION					
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (2)	100%	100%	140%	200%	300%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (2)	100%	100%	120%	180%	200%
Soins, examens, analyses, frais de séjour, de salle, auxiliaires médicaux et examens de biologie en secteur conventionné	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE
Soins, examens, analyses, frais de séjour, de salle, auxiliaires médicaux et examens de biologie en secteur non conventionné	100%	100%	140%	200%	300%
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière (nuit et ambulatoire) (1) : - en médecine, chirurgie et maternité : limitée à 60 jours/an/bénéficiaire dont Soins Médicaux et de Réadaptation : limitée à 21 jours/an/bénéficaire - en psychiatrie : limitée à 30 jours/an/bénéficiaire	-	25 €/jour	40 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant moins de 16 ans ou adulte plus 70 ans) *limité à 30 jours par an*	-	-	25 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
MALADIE - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)					
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (2)	100%	100%	140%	200%	300%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (2)	100%	100%	120%	180%	200%
Radiologie DPTAM (2)	100%	100%	140%	200%	300%
Radiologie non DPTAM (2)	100%	100%	120%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures	100%	100%	140%	200%	300%
Consultations psychologues du dispositif Mon soutien psy de la Sécurité sociale (article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale, Décrets et Arrêtés en vigueur)	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	140%	200%	300%
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage acceptés Sécurité sociale	100%	100%	100%	150%	150%
Forfait orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) (1)	-	-	150 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention légaux (2 actes selon la liste) Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale	PRIS EN CHARGE	PRIS EN CHARGE	PRIS EN CHARGE	PRIS EN CHARGE	PRIS EN CHARGE
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (Prestations plafonnées à 1500€/an/bénéficiaire) (8)					
100% SANTÉ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" (3)*	-	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Actes techniques, chirurgie, radiologie, soins dentaires et parodontologie acceptée Sécurité sociale	-	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires ("offre maitrisée" et "offre libre") (3) *	-	125%	200%	300%	400%
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	-	125%	200%	250%	300%
Orthodontie refusée Sécurité sociale: Sur la base reconstituée d'un acte TO90 (193,5 €)	-	100%	125%	200%	250%
AIDES AUDITIVES					
100% SANTÉ Audioprothèse classe 1 "offre 100% Santé" (4)	-	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Audioprothèse classe 2 "offre libre" (4)	-	100% + 100 €/oreille	100% + 150 €/oreille	100% + 300 €/oreille	100% + 400 €/oreille
OPTIQUE (en classe B, forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur). Le remboursement de la monture est limité à 100€ en classe B et 30€ en classe A (5) (6)					
100% SANTÉ Équipement optique classe A complet (monture et verres) "offre 100% Santé" (5) (6)	-	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipement optique classe B complet (monture et verres) "Offre libre" (5) :					
Monture avec deux verres simples (a)**	-	100 €	200 €	250 €	300 €
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)**	-	150 €	225 €	275 €	325 €
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)**	-	200 €	275 €	325 €	375 €
OU Monture avec deux verres complexes (c)**	-	225 €	300 €	350 €	400 €
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)**	-	250 €	325 €	375 €	425 €
OU Monture avec deux verres très complexes (f)**	-	275 €	350 €	400 €	450 €
La prise en charge de la monture dans l'équipement optique est limitée à :	-	50 €	100 €	100 €	100 €
ET Lentilles acceptées Sécurité sociale (1)	-	100% + 50 €/an/bénéficiaire	100% + 75 €/an/bénéficiaire	100% + 150 €/an/bénéficiaire	100% + 200 €/an/bénéficiaire
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale (1)	-	50 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
CURES THERMALES (7)					
Cure thermale (1)	-	100%	100% + 100 €/an/bénéficiaire	150% + 200 €/an/bénéficiaire	150% + 250 €/an/bénéficiaire
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : non remboursées par la Sécurité sociale (1)* **					
Chirurgie laser de l'œil (myopie) Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étiopathe, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologue, pédicure, podologue, cryothérapie, (limité à 4 séances par an, avec un max de 25 € par séance) Parodontologie non remboursée Contraception orale (nouvelles générations) Implantologie mammaire et prothèses mammaires Vaccins antigrippe et vaccins non pris en charge Examen de densitométrie osseuse Bilan nutritionnel, diagnostic (enfant de - 12 ans) Soins dentaires préventifs Huiles essentielles (max 15 € par an) Médicaments d'aide à l'arrêt du tabac	-	50 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire	125 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale
HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de Vente

MUTUALP SANTÉ COMMUNALE

TABLEAU DES GARANTIES (suite)

ASSISTANCE ET SERVICES	
Assistance 2éme avis médical	Inclus dans votre contrat
Téléconsultation	Inclus dans votre contrat
Réseau de soins	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

**voir grille optique ci-dessous

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples c - Verres complexes f - Verres très complexes b - Verres a & c d - Verres a & f e - Verres c & f	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

Prestations en vigueur à compter du 01/01/2024. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.

***Sur présentation de la carte d'identification (ou le bon de livraison), de la déclaration de conformité *** Sur présentation de facture acquittée.**

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables à l'exception de la garantie "MA SANTE SECURITE" qui ne respecte pas les dispositions de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale. La garantie "MA SANTE SECURITE" est par conséquent soumise à un taux de taxe de solidarité additionnelle majoré et ne peut bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés auxdits contrats. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable ou non, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(2) : La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR.

(3) : Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(4) : Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(5) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an

(6) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(7) : Le forfait intègre le remboursement mutuelle des frais de transport et d'hébergement uniquement si un remboursement sur ces actes a été effectué par le Régime obligatoire.

(8) : Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.

mutualp
by
HEYME