

LMP SURCO

DOCUMENTS REGLEMENTAIRES

MA MUTUELLE ET MOI, LE CHOIX DE LA PROXIMITÉ

MUTUELLE LMP

MA MUTUELLE À MES CÔTÉS

Sommaire

- **Règlement mutualiste**
- **Garantie**
- **Notice d'information FilAssistance**
- **Statuts de la mutuelle**

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Mutuelle Les Ménages Prévoyants - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
N°SIREN 785 151 689 - Immatriculée en France - Siège social : 11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles

Produit : **LMP SURCO**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?
Le produit d'assurance surcomplémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la sécurité sociale française et de la première complémentaire santé de base. Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

✓ **Hospitalisation :** Honoraires, chambre particulière, confort hospitalier.

✓ **Soins courants :** Honoraires médicaux (consultations généraliste, spécialistes, visites, actes techniques), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments non pris en charge par l'AMO*, vaccins non pris en charge par l'AMO.

✓ **Matériel médical :** Grands et petits appareillages, prothèses capillaires, prothèses mammaires.

✓ **Dentaire :** Soins, inlay-onlay, prothèses, implants et orthodontie adulte non pris en charge par l'AMO, actes non pris en charge par l'AMO (dents provisoires rebasage, parodontologie, endodontologie), orthodontie prise en charge par l'AMO.

✓ **Optique :** Equipements optiques (monture et verres), lentilles prises en charge par l'AMO, chirurgie réfractive.

✓ **Aides auditives :** Prothèses auditives.

✓ **Cures thermales :** Frais d'hébergement (dans le cadre d'une cure thermale prise en charge par l'AMO).

✓ **Prévention / bien être :** Forfait maladies redoutées, consultations médecines douces (ostéopathe, psychologue, diététicien, psychomotricien, homéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiopathe, réflexologue, sophrologue, ergothérapeute, hypnothérapeute), consultation podologue-pédicure et bilan nutrition avec un diététicien ou nutritionniste non pris en charge par l'AMO.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

✓ Application mobile

✓ Espace adhérent en ligne personnalisé

✓ Bulletin d'information trimestriel Réciproque

✓ Newsletter mensuelle

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.

✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité.

✗ Les dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu dans le tableau de garanties.

✗ Les frais liés aux séjours dans les établissements autorisés à dispenser des soins de longue durée tels que visés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale ou dans les établissements médico-sociaux tels que visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ou les maisons de retraite.

✗ Les soins esthétiques et la thalassothérapie.

✗ Les produits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS
Ne sont pas pris en charge dans le cadre de la garantie :

! Les majorations de participation et dépassements d'honoraires liés à l'absence de désignation d'un médecin traitant ou au non-respect du parcours de soins coordonné par l'assuré.

! La majoration de participation prévue à l'article L.1111-15 du Code de la santé publique.

! La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité Sociale pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'Assurance Maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

! Les franchises médicales prévues à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière :** Forfait journalier de 45€ limité à 60 jours par an en médecine, chirurgie et obstétrique et à 30 jours par an en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), de psychiatrie et de convalescence SSR après un délai d'attente de 3 mois d'adhésion sauf en cas d'hospitalisation résultant d'un accident.

! **Confort hospitalier :** Forfait journalier de 4€ limité à 30 jours par an.

! **Prothèses dentaires :** Plafond limité à 1000€ la 1ère année, 2000€ la 2e et 3e année et 4000€ à partir de la 4ème année.

! **Optique :** Délai d'attente de 3 mois d'adhésion pour la prise en charge de la chirurgie réfractive de l'œil.

! **Aide auditive :** Forfait de 400€ par prothèse auditive, avec une prise en charge limitée à une aide par oreille et par an.

! **Médecines douces :** Forfait de 30€ limité à 2 séances par an.

! **Podologue – Pédicure :** Forfait de 30€ limité à 1 séance par an pour les personnes âgées de moins de 62 ans et à 3 séances par an pour les personnes âgées de plus de 62 ans.

Où suis-je couvert(e) ?

✓En France et à l'étranger.
✓Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie :

À la souscription du contrat :
- Remplir avec exactitude et signer la fiche de recueil des besoins et le bulletin d'adhésion
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévue au contrat.

En cours de contrat :
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre sécurité sociale et de votre complémentaire de base.
- Informer la Mutuelle de toutes modifications concernant : son état civil, son adresse, sa situation familiale, sa situation socio-professionnelle, son ouverture de droits au regard du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, ses coordonnées bancaires, la résiliation ou le changement de couverture complémentaire de base lorsque celle-ci est souscrite auprès d'un autre organisme assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur l'échéancier de paiement.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvements automatiques sur le compte bancaire du membre participant dans un établissement situé dans un État membre de l'Espace économique européen et accessible au format SEPA, selon une périodicité et une date laissée au choix du membre participant sur son bulletin d'adhésion.

Les paiements par virement ou chèque sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisations à échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 du premier mois de la périodicité choisie.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion du membre participant à la couverture de garantie prend effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables et de la réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion et de l'ensemble des pièces justificatives, à la date librement fixée par le membre participant, sur son bulletin d'adhésion.

La couverture est garantie pour une durée minimale d'un an avec une date d'échéance annuelle fixée au 31 décembre. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, par tacite reconduction, au 1er janvier, pour une durée d'un an sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen défini à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.
Il peut mettre fin à son adhésion :
- À la date d'échéance principale de son contrat, en nous adressant une demande de résiliation au moins deux mois avant cette date (soit avant le 31 octobre) ;
- À tout moment, sans frais, ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat.
- En cas de survenance de certains événements (changement de domicile, changement de situation matrimoniale, etc) ayant une influence directe sur les risques garantis, un mois après réception de la notification de résiliation ;
- S'il est admis au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire.
- En cas de départ de France et de non-maintien de son affiliation au régime de sécurité sociale obligatoire français.

Le membre participant devra restituer à la Mutuelle ses cartes de tiers payants ou attester de leur destruction par écrit.

REGLEMENT MUTUALISTE
LMP SURCO - GARANTIE SANTÉ NON RESPONSABLE – APPLICABLE AU 24/09/2026

PRÉAMBULE

OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement mutualiste, à caractère surcomplémentaire, a pour objet de définir les garanties et leurs modalités d'application tenant à la prise en charge, de tout ou partie des dépenses de santé médicales, paramédicales, pharmaceutiques, chirurgicales et d'hospitalisation, exposées par les membres participants et le cas échéant par leurs ayants droit, après intervention du régime d'assurance Maladie Obligatoire et de la couverture complémentaire santé de premier niveau dont ils bénéficient à titre individuel ou collectif, dans la limite des frais réellement engagés.

Conformément aux statuts de la Mutuelle et à l'article L.114-1 du Code de la mutualité, le présent règlement définit ainsi le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle, c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle et s'applique à l'ensemble des adhésions en cours ainsi qu'à toute nouvelle adhésion. Tous les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts de la Mutuelle.

MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE ET INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Conformément aux dispositions prévues par le Code de la mutualité et les statuts de la Mutuelle, le Conseil d'Administration peut apporter toutes les modifications nécessaires au présent règlement mutualiste.

Toutes les modifications apportées au présent règlement mutualiste sont notifiées aux membres participants par une lettre d'information précisant les adaptations apportées. Elles sont applicables dès leur notification aux membres participants. Les modifications du montant des cotisations décidées unilatéralement par la Mutuelle interviennent généralement à l'échéance annuelle de reconduction de l'adhésion. Par exception, elles peuvent intervenir à tout moment, en cas de modification des prestations du régime de base ou à des fins de mise en conformité avec les textes législatifs ou réglementaires.

CARACTERE NON RESPONSABLE DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Les garanties « frais de santé » couvertes dans le cadre du présent règlement mutualiste, figurant dans le tableau des garanties annexées au présent règlement, ne satisfont pas aux exigences légales et règlementaires des contrats « responsables » au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.

GLOSSAIRE

Au sens du présent règlement, les termes et expressions visés ci-après ont la signification qui leur est attribuée selon les définitions suivantes :

100% Santé : Dispositif dans lequel s'inscrit un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés par les pouvoirs publics comme devant faire l'objet d'une prise en charge renforcée et inclus à cet effet dans un panier spécifique. Sont notamment concernés les postes de soins suivants : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue), dentaire (prothèses dentaires), prothèses capillaires et location de courte de durée des véhicules pour personne en situation de handicap (VPH).

Les paniers du dispositif « 100% Santé » sont intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et par les contrats responsables des organismes complémentaires d'assurance maladie, sans frais supplémentaire à la charge de l'assuré. Les assurés qui choisissent les soins ou les équipements du panier « 100% Santé » n'ont donc plus de frais à leur charge. Pour autant, ils ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre « 100% Santé », s'ils le souhaitent.

Les garanties prévues dans le cadre du présent règlement mutualiste étant non responsables, aucune obligation de prise en charge de l'intégralité des frais restant à la charge de l'assuré après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sur les prestations et équipements relevant des paniers de ce dispositif ne peut être mise à la charge de la Mutuelle.

Accident : Toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'assuré.

Actes hors nomenclature : Actes non reconnus par la sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Adhésion : Contrat entre la Mutuelle et le membre participant découlant de la signature d'un bulletin d'adhésion et se composant dudit bulletin, du présent règlement et des statuts de la Mutuelle.

Affiliation : Acte administratif permettant de rattacher les ayants droit à l'adhésion souscrite par le membre participant.

Assiette des remboursements :

- **Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS)** : Tarif servant de calcul aux prestations en nature de la sécurité sociale et sur la base duquel la sécurité sociale calcule son remboursement (également appelée « tarif de responsabilité »).
- **Montant remboursé par la sécurité sociale (MR) :** Montant correspondant à la base de remboursement

de la sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par cette dernière.

- **Ticket modérateur (TM) :** Part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par la sécurité sociale (MR).

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : Ensemble des régimes de sécurité sociale garantissant la prise en charge partielle ou totale des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents, auxquels les assurés sont obligatoirement affiliés en fonction de leur situation professionnelle. Dans le cadre du présent règlement, tous les assurés sont obligatoirement couverts par l'un des régimes français d'Assurance Maladie Obligatoire.

Assurance Maladie Complémentaire (AMC) : Ensemble des garanties proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations en nature de l'Assurance Maladie Obligatoire. L'adhésion à une couverture maladie complémentaire est soit facultative, soit obligatoire (pour les salariés).

Assuré : Personne physique sur laquelle pèse le risque ; il peut s'agir du membre participant et le cas échéant d'un ou plusieurs de ses ayants droit.

Ayants droit :

- Le conjoint du membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin ;
- Les enfants du membre participant ou ceux de son conjoint.

Bénéficiaire : Personne qui recevra la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du risque garanti par l'adhésion.

Bulletin d'adhésion : Document destiné au membre participant et de nature à permettre son adhésion au présent règlement.

Couverture ou contrat complémentaire de base : Premier niveau de garantie auquel le membre participant a adhéré ou souscrit à titre individuel ou à titre collectif, soit directement auprès de la Mutuelle, soit auprès d'un autre organisme de complémentaire santé, intervenant prioritairement après la prise en charge de ses frais de santé par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Couverture ou contrat surcomplémentaire : Niveau de garantie supérieure, le plus souvent de second rang, destiné à compléter le niveau de garantie d'une couverture complémentaire de base sur certains postes de soins et frais de santé.

Delai d'attente : Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée – bien que l'assuré cotise et qui commence à courir à compter du jour de la date d'effet de l'adhésion.

Dépassement d'honoraires : Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Garantie : Engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.

Maladie redoutée : Pathologie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une prise en charge thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité de Santé et que la Sécurité sociale nomme « Affection de Longue Durée » (ALD) exonérantes, dans les conditions de l'article L.160-4 du Code de la sécurité sociale.

Membre participant : Personne physique qui fait acte d'adhésion, signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations, afin de bénéficier et faire éventuellement bénéficier ses ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Nomenclature : Référentiel définissant les actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites.) ;
- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie, ...) et pour les actes dentaires ;
- La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les actes de biologie médicale ;
- La Liste des Produits et Prestations (LPP) pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage, ...) ;
- Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) pour les soins hospitaliers.

OPTAM et OPTAM-ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée anesthésie-chirurgie-obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAMTS et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de garanties, la mention « OPTAM et OPTAM-ACO » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-ACO et la mention « NON OPTAM et OPTAM-ACO » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO.
La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-ACO est consultable sur le site internet : http://annuairesante.ameli.fr/

PACS : Sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Parcours de soins : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus 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 », auquel elle a 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 d'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 alors d'accès direct autorisé.

Plafond (ou « Forfait ») : Montant maximum de prestation dont l'application dépend des frais réellement supportés par l'assuré. Dans le langage courant, le « Forfait » désigne le plafond appliqué à certaines garanties qui prennent en charge des dépassements d'honoraires (optique, dentaire…) ou des actes non pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie (chirurgie réfractive, médicaments non remboursables, ostéopathie…).

Prestation : Exécution de la garantie par la Mutuelle.

Risque : Évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'assuré (accident, maladie).

Sinistre : Réalisation du risque.

Tiers payant (dispense d'avance de frais) : Système de paiement qui évite aux assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou par la Mutuelle pour les soins ou produits délivrés.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS CONCERNANT L'ADHÉSION ET LES MODALITÉS D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent règlement, les personnes physiques âgées de plus de 16 ans dès lors qu'elles sont affiliées à un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et qu'elles résident en France de manière stable, au sens des dispositions de l'article R.111-2 du Code de la sécurité sociale, justifiant bénéficier d'une couverture complémentaire santé de base souscrite, à titre individuel ou collectif, soit auprès de la Mutuelle soit auprès d'un autre organisme de complémentaire santé.

Lorsque ces conditions ne sont plus respectées, l'adhésion est résiliée de plein droit.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une adhésion antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

ARTICLE 2 - MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, complété avec exactitude et précision, auquel sont obligatoirement jointes les pièces justificatives suivantes :

- Les attestations de droits de l'Assurance Maladie Obligatoire d'une validité de moins de 3 mois pour l'ensemble des personnes visées sur le bulletin d'adhésion.
- Un relevé d'identité bancaire d'un compte ouvert au nom du membre participant, dans un établissement situé dans un État membre de l'Espace économique européen (EEE) et accessible au format SEPA, pour le prélèvement des cotisations et/ou le remboursement des prestations.
- Le cas échéant, un mandat de prélèvement « SEPA » complété, daté et signé, accompagnant le relevé d'identité bancaire correspondant, si le membre participant souhaite être prélevé de ses cotisations par la Mutuelle ou dans le cas contraire un chèque (ou virement) pour le paiement de la 1ère cotisation.
- Un relevé d'identité bancaire pour chaque assuré de plus de 16 ans, pour le paiement des prestations le concernant directement sur son compte bancaire. A défaut de communication de ce relevé, les prestations seront versées sur le compte bancaire correspondant au RIB communiqué.
- Un justificatif d'adhésion ou de souscription à une couverture complémentaire de base lorsque celle-ci est assurée par un organisme complémentaire autre que la Mutuelle, précisant le champ des personnes couvertes : carte d'adhérent ou de sociétaire en cours de validité ; attestation établie par l'organisme complémentaire.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement. Elle confère à la personne signataire la qualité de membre participant de la Mutuelle.

Le membre participant reçoit en retour une confirmation d'adhésion et un avis d'échéance de cotisation.

A compter de son adhésion, le membre participant s'engage au paiement des cotisations afférentes à la couverture des garanties surcomplémentaires frais de santé.

ARTICLE 3 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS D'ADHÉSION « À DISTANCE » OU DE « DÉMARCHAGE »

Article 3.1 <u>Conditions spécifiques applicables en cas d'adhésion à distance</u>

En cas d'adhésion à distance au présent règlement, au sens de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion du membre participant prend effet ;
- Soit à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Pour exercer son droit de renonciation, il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

Article 3.2 <u>Conditions spécifiques applicables en cas d'adhésion à la suite d'un démarchage à domicile</u>

En cas d'adhésion au présent règlement à la suite d'un démarchage à domicile, à résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, au sens de l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, le membre participant à la faculté d'y renoncer dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus commençant à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour ce faire, il suffit au membre participant d'envoyer une demande dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

Article 3.3 <u>Conditions communes à l'exercice du droit de renonciation</u>

Afin d'exercer sa faculté de renonciation, le membre participant doit adresser sa demande par voie postale à l'adresse suivante : Mutuelle Les Ménages Prévoyants – 11 rue Albert Sarraut – 78000 Versailles ; ou par voie électronique à l'adresse suivante : recommande@mutuellelmp.fr.

Pour faciliter sa démarche, il peut rédiger sa demande selon le modèle suivant :

« *Conformément à l'article 3 du règlement mutualiste, je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) vous fais part de ma volonté d'exercer ma faculté de renonciation à mon adhésion au règlement mutualiste « LMP SURCO » enregistrée, sous le numéro d'adhérent [xx] auprès de votre Mutuelle. Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent règlement - Date et signature.* »

Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai. Le délai commence à courir au début de la première heure du premier jour suivant et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour du délai.

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande.

En principe, l'adhésion au présent règlement ne peut pas recevoir de commencement d'exécution avant la fin du délai de renonciation.

Toutefois, s'il le souhaite, en cochant la case prévue à cet effet sur son bulletin d'adhésion, le membre participant peut expressément demander à ce que ses garanties prennent effet immédiatement, sans attendre l'expiration du délai de renonciation.

Dans ce cas, si le membre participant exerce sa faculté de renonciation, la Mutuelle conserve la quote-part des cotisations correspondant à la période de couverture pendant laquelle le membre participant et ses ayants droits ont été garanti, à l'exclusion de toute pénalité.

Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires.

La Mutuelle rembourse au membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la quote-part de cotisation visée à l'alinéa précédent, dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation.
La renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

ARTICLE 4 - DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion ne peut prendre effet qu'à réception par la Mutuelle :

- Du bulletin d'adhésion dûment complété, daté, paraphé et signé ;
- De l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article « MODALITÉ D'ADHÉSION ».

Sous cette réserve, l'adhésion prend effet à compter de la date figurant sur le bulletin d'adhésion, librement fixée par le membre participant, à la condition que ledit bulletin, dûment complété et signé, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives listées à l'article « MODALITES D'ADHESION » du présent règlement, soit envoyé à la Mutuelle ou remis en agence au plus tard dans les dix (10) jours ouvrés suivant la date d'effet souhaitée, faisant foi le cachet de la Poste, la date de réception du courriel par la Mutuelle ou l'attestation de dépôt en agence du dossier complet.

A défaut de réception du dossier complet dans ce délai, la demande d'adhésion devient caduque et ne pourra plus être traitée par la Mutuelle ; la personne souhaitant

toujours adhérer étant tenue de compléter, dater et signer un nouveau bulletin d'adhésion et de faire parvenir à la Mutuelle un dossier complet dans le respect du délai susvisé.

L'adhésion est souscrite pour une durée minimale de douze (12) mois, avec une date d'échéance annuelle fixée au 31 décembre. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, par tacite reconduction, au 1er janvier, pour une durée d'un an.

Lorsque le membre participant déclare au moment de son adhésion être bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire, il s'engage dans les mêmes conditions.

ARTICLE 5 - AFFILIATION DES AYANTS DROIT

Article 5.1 Conditions d'affiliation des ayants droit

Tous les ayants droit dont l'affiliation est sollicitée à l'adhésion doivent être ressortissants d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et être couverts par un contrat de complémentaire santé de base.

Sont considérés comme ayant droit au sens du présent règlement :

- Le conjoint du membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin ;
- Les enfants du membre participant ou ceux de son conjoint.

Sous réserve de leur affiliation et du paiement des cotisations correspondantes, les garanties et prestations dont bénéficient les ayants droit sont identiques à celles du membre participant.

L'affiliation des ayants droit est en tous les cas indissociable et indivisible de l'adhésion du membre participant.

Article 5.2 Modalités et date d'effet de l'affiliation des ayants droit

Le membre participant affilie à l'adhésion les ayants droit qu'il souhaite, quand il le souhaite.
La couverture des ayants droit prend effet en même temps que celle du membre participant lorsqu'ils sont affiliés concomitamment à sa propre adhésion.

Toute demande d'affiliation ultérieure d'ayants droit doit être formulée à la Mutuelle dans les conditions exposées ci-après. L'ajout ne sera pris en compte par la Mutuelle que si le membre participant est à jour de ses cotisations et qu'il soit justifié d'une couverture complémentaire santé de base pour les ayants droit concernés.

5.2.1 Affiliation de nouveau-nés

Sur la base de la photocopie du livret de famille ou d'un extrait d'acte de naissance et d'une demande expresse du membre participant formulée par courrier ou courriel, l'affiliation des enfants inscrits dans les deux (2) mois à compter du jour de leur naissance prend effet le jour de leur naissance et la cotisation afférente à la couverture de l'enfant nouvellement inscrit commencera à courir à l'expiration d'un délai de trente (30) jours suivant le jour de sa naissance.

Si la demande d'inscription survient plus de deux (2) mois suivant leur naissance, l'affiliation des enfants du membre participant prend effet dans les mêmes conditions que celles déterminées ci-après pour l'affiliation de conjoint(e) et/ou enfants(s), et la cotisation afférente à l'affiliation de l'ayant droit sera appliquée à compter de la date d'effet de son affiliation.

5.2.2 Affiliation de conjoint(e) et/ou enfant(s)

Sur la base d'un nouveau bulletin d'adhésion complété et signé, le conjoint et/ou le(s) enfant(s) sont inscrits comme ayants droit. Leur affiliation prend effet à la date librement fixée par le membre participant sur le nouveau bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date de signature dudit bulletin d'adhésion, sous réserve que celui-ci soit envoyé à la Mutuelle ou remis en agence au plus tard dans les dix (10) jours ouvrés suivant la date d'effet souhaitée, faisant foi le cachet de la Poste, la date de réception du courriel par la Mutuelle ou l'attestation de dépôt en agence du dossier complet faisant foi. A défaut de réception du nouveau bulletin d'adhésion dans ce délai, une nouvelle demande devra être formulée dans les mêmes conditions.

Article 5.3 Cessation de l'affiliation des ayants droit

5.3.1 Cessation de plein droit

La cessation des droits du membre participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses ayants droit.

Lorsqu'un assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'ayant droit, son affiliation cesse le 1er jour du mois qui suit la date à laquelle survient l'évènement qui ne lui permet plus de satisfaire aux conditions lui permettant de bénéficier de cette qualité.

Les cotisations réglées pour une période postérieure à la cessation de l'affiliation de l'ayant droit sont remboursées au membre cotisant.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membre participant sans l'intervention de leur représentant légal.

5.3.2 Résiliation de l'affiliation d'un ayant droit à l'initiative du membre participant

L'affiliation des ayants droit peut être résiliée à tout moment, quel qu'en soit le motif, après l'expiration d'une durée minimale de douze (12) mois d'affiliation, à la demande du membre participant notifiée à la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable ou moyen défini à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.

Dans ces conditions, l'affiliation de l'ayant droit, cesse alors le 1er jour du mois qui suit la réception de la demande.

ARTICLE 6 - DÉCLARATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant certifie sincères et véritables les informations qu'il a fournies lors de la signature de son bulletin d'adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l'adhésion dans les conditions de l'article « RETICENCE ET FAUSSE DECLARATION » du présent règlement et les sanctions prévues aux statuts de la Mutuelle.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle, dans un délai de trois (3) mois, de toutes les modifications concernant :

- Son état civil,
- L'adresse de son domicile,
- Sa situation familiale,
- Sa situation socioprofessionnelle,
- Son ouverture de droits au regard du régime d'Assurance Maladie Obligatoire,
- Ses coordonnées bancaires pour le versement des prestations,
- La résiliation ou le changement de couverture complémentaire de base lorsque celle-ci est souscrite auprès d'un autre organisme assureur.

Et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour la Mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par le membre participant seront prises en compte par la Mutuelle.

ARTICLE 7 - DÉLAI D'ATTENTE POUR LE BENEFICE DE CERTAINES PRESTATIONS

Toute adhésion au présent règlement est soumise, à compter de sa date d'effet, à un délai d'attente de trois (3) mois pour la prise en charge des prestations liées aux garanties suivantes :

- **La chambre particulière sauf en cas d'hospitalisation résultant d'un accident ;**
- **La chirurgie réfractive de l'œil.**

Pendant cette période, aucune prestation ne peut être servie au titre de ces garanties. À l'issue du délai d'attente, les garanties sont acquises dans les conditions, limites et plafonds prévus par le présent règlement mutualiste.

L'affiliation d'un nouvel ayant droit en cours d'adhésion est soumise aux mêmes règles de délai d'attente que celles régissant l'adhésion.

ARTICLE 8 - MODIFICATION DE L'ADHÉSION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Les dispositions du règlement sont établies en fonction de la réglementation et notamment celle relative à la sécurité sociale et à la fiscalité, en vigueur à la date d'effet du règlement. La Mutuelle se réserve le droit de modifier le présent règlement, notamment en cas de changement de cette réglementation.

Le niveau de garantie est réexaminé par la Mutuelle en fin d'année, et peut être modifié notamment en fonction des résultats techniques d'exploitation, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale et du plafond de la sécurité sociale.

Les cotisations sont également réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction notamment des résultats du compte technique d'exploitation du présent règlement mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

Les modifications du règlement, de la garantie et des cotisations, sont notifiées au membre participant et s'imposent à lui dès qu'elles lui sont notifiées, conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du Code de la mutualité.

ARTICLE 9 - RÉSILIATION – CESSATION DE L'ADHÉSION

Article 9.1 <u>Résiliation à l'initiative du membre participant</u>

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen défini à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, y compris via la fonctionnalité disponible sur le site Internet de la Mutuelle (Menu « Résilier mon contrat »), en notifiant sa dénonciation à la Mutuelle pour les motifs et dans les conditions exposés ci-après.

La Mutuelle confirme la réception de cette notification par écrit au membre participant.

<u>9.1.1 Résiliation à l'échéance annuelle</u>

En application de l'article L.221-10, le membre participant peut mettre fin à son adhésion chaque année, sous réserve de faire parvenir sa demande à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance annuelle de son adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours. Dans ce cas, l'adhésion cesse au 31 décembre à minuit de l'année en cours et n'est pas renouvelée l'année suivante.

Lorsque l'avis d'échéance annuelle de cotisation est adressé au membre participant moins de 15 jours avant la date limite d'exercice du droit de dénonciation à l'échéance de son adhésion, le membre participant peut également mettre fin à son adhésion dans les vingt (20) jours suivant la date d'envoi de cet avis d'échéance mentionnant ce délai, la date figurant sur le cachet de la Poste ou certifiée par un horodatage qualifié faisant foi. Dans ce cas, l'adhésion cesse également à sa date d'échéance annuelle et n'est pas renouvelée.

<u>9.1.2 Résiliation infra-annuelle</u>

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, l'adhésion cesse un (1) mois après que la Mutuelle en ait reçu notification. Lorsque cette dénonciation émane d'un autre organisme assureur, la notification doit impérativement être effectuée par lettre recommandée ou

envoi recommandé électronique, la Mutuelle se réservant en outre le droit de solliciter auprès de cet autre organisme la communication du mandat que le membre participant lui a donné pour effectuer en son nom et pour son compte les formalités de résiliation auprès de la Mutuelle.

Par ailleurs, lorsque la dénonciation de l'adhésion intervient dans les conditions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité telles que visées ci-avant, la Mutuelle communique au membre participant un avis de dénonciation ou de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la résiliation et de son droit à être remboursé, dans le délai de trente (30) jours à compter de cette date, du solde des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert.

Article 9.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant :

- En cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS » du présent règlement ;
- En cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « RETICENCE ET FAUSSE DECLARATION » du présent règlement ;
- En cas d'omission ou de fausse déclaration non-intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « RETICENCE ET FAUSSE DECLARATION » du présent règlement ;
- En cas de fraude ou de tentative de fraude, dans le cadre de la procédure d'exclusion prévue aux statuts de la Mutuelle. **La fraude s'entend de tout(e) acte, ou action ou opération réalisé(e) de mauvaise foi dans le but d'obtenir de la Mutuelle des prestations qui ne sont pas dues.**

Article 9.3 Autres cas de résiliation

9.3.1 Résiliation pour changement de situation ou modification du risque assuré

Conformément à l'article L.221-17 du code de la mutualité, le membre participant et la Mutuelle peuvent dénoncer l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement en particulier en cas de résiliation de la couverture complémentaire de base, de départ à l'étranger du membre participant ou, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle 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.

La demande de résiliation s'effectue par lettre ou tout autre support durable ou moyen défini à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, lorsqu'elle est à l'initiative du membre participant ou par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception si elle est à l'initiative de la Mutuelle. La notification doit indiquer la nature et la date de l'évènement concerné et donner toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit évènement.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. Lorsque cet évènement est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

La résiliation prend effet un (1) mois après réception de sa notification par l'autre partie.

La Mutuelle rembourse 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, dans un délai de trente (30) jours suivant cette date.

9.3.2 Résiliation pour admission au bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire

Si pendant la durée de son adhésion, le membre participant est admis au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire » alors qu'il n'était pas admis à ce dispositif au jour de son adhésion, il peut demander la résiliation de celle-ci en cours d'année. Pour ce faire, le membre participant doit envoyer à la Mutuelle un courrier accompagné de l'attestation délivrée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie. La résiliation prend effet la veille de la date d'effet de sa couverture telle que figurant sur cette attestation et avec un effet rétroactif si nécessaire.

9.3.3 Résiliation en raison du décès du membre participant

L'adhésion du membre participant est résiliée de plein droit au jour de son décès. L'adhésion cesse le même jour de produire effet pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion.

Une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte.

La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès, la part de cotisation déjà versée correspondant à la période pendant laquelle le

risque n'a plus couru étant remboursée, s'il y a lieu, soit auprès du notaire en charge de la succession, soit auprès d'un membre de la famille sur présentation d'un document justifiant l'affiliation avec le membre participant décédé.

CHAPITRE II : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 10 - FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées par le Conseil d'Administration pour l'année civile sur la base d'un montant forfaitaire en euros.

Le montant des cotisations peut être modifié dans les mêmes formes, notamment en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement des prestations servies au titre de la législation sur la sécurité sociale, entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la Mutuelle.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 11 - MODE DE CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est annuelle et due pour l'année entière.

Son montant varie en fonction de la formule de garanties choisie par le membre participant, de son âge au moment de l'adhésion, le cas échéant de celui de ses ayants droit, et de la composition familiale.

L'âge retenu pour le calcul de la cotisation au jour de l'adhésion est l'âge atteint au 1er janvier de l'année d'adhésion (ex : assuré né le 15/02/1986, âge retenu pour le calcul de la cotisation en cas d'adhésion à effet du 01/01/2026 : 39 ans).

Les cotisations évoluent ensuite automatiquement à chaque changement d'âge du membre participant ou d'un ou plusieurs de ses ayants droit, au 1er janvier suivant sans notification préalable par la Mutuelle, à l'exception de l'envoi d'un avis d'échéance tel mentionné ci-après.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin. Elles ne sont pas non plus fixées en fonction du sexe ou de la nature de l'emploi du membre participant.

Les taxes, impôts et contributions grevant les cotisations sont calculées au jour de l'échéance des cotisations. Elles sont toujours à la charge du membre participant de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

Si l'adhésion prend effet en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'à la date d'échéance annuelle de l'adhésion fixée au 31 décembre.

ARTICLE 12 - PAIEMENT DE LA COTISATION

Article 12.1 Avis d'échéance

La cotisation est appelée par un avis d'échéance adressé à chaque membre participant, au moment de son adhésion puis ensuite annuellement.

La non-réception de l'avis d'échéance par le membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

Article 12.2 Modalités de paiement de la cotisation

Les cotisations annuelles s'entendent TTC et sont payables d'avance.

Le paiement de la cotisation annuelle peut toutefois être fractionné, selon une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle. Dans un tel cas, le fractionnement ne constitue alors qu'une facilité de paiement qui ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle.

Cette périodicité ainsi que le mode de règlement des cotisations sont déterminés par le membre participant sur son bulletin d'adhésion. Il peut modifier ses choix ultérieurement, en cours d'adhésion.

Selon la périodicité choisie par le membre participant sur son bulletin d'adhésion, le paiement des cotisations peut ainsi être effectué par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert à son nom dans un établissement situé dans un État membre de l'Espace économique européen (EEE) et accessible au format SEPA, par virement, par chèque ou carte bancaire si la Mutuelle propose ce moyen de paiement.

Lorsque le membre participant opte pour le paiement des cotisations par prélèvement automatique, il sélectionne également sur son bulletin d'adhésion, parmi les dates proposées par la Mutuelle, la date à laquelle il souhaite que le prélèvement soit effectué sur son compte bancaire. Il s'engage à cet effet à provisionner son compte de la somme due à la date prévue.

Les paiements par chèque ou virement sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisations à échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 du premier mois de la périodicité choisie.

Il appartient au membre participant qui n'a pas opté pour le mode de paiement des cotisations par prélèvement automatique, de verser lui-même ses cotisations en début d'échéance, sans attendre de rappel.

En cas de rejet de prélèvement ou de chèque impayé, les frais facturés à la Mutuelle par son établissement bancaire seront refacturés au membre participant.

Article 12.3 Non-paiement des cotisations

Conformément à 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 (10) jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente (30) jours après que la mise en demeure du membre participant.

Dans le cas où la cotisation annuelle est fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de la cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévus ci-avant.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est donc informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion.

Lorsque la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension des garanties, sont régularisées, l'adhésion non résiliée reprend ses effets à la date du premier incident de paiement.

CHAPITRE III : DISPOSITION CONCERNANT LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 13 - OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

La garantie surcomplémentaire « 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 de santé engagés pendant la période de garantie, qui restent à leur charge après les remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire et par la couverture complémentaire santé de base dont ils bénéficient.

Sous réserve des dispositions de l'article « SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER, les frais de santé doivent correspondre à des soins reçus en France, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, postérieurement à la date d'effet de l'adhésion du membre participant ou de l'affiliation de l'ayant droit et, en tout état de cause, avant toute cessation de l'assurance.

La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime obligatoire d'Assurance Maladie, sauf cas spécifiques. Concernant les actes en série et notamment l'orthodontie (acceptée ou refusée), la date des soins est également réputée être la date portée sur le décompte de remboursement du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Peuvent être également couvertes, en tout ou partie, certaines dépenses de santé ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie. Pour ces remboursements, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Les frais de santé donnent lieu à un remboursement dans les conditions et aux taux ou montants mentionnés dans le tableau des garanties, figurant en annexe du présent règlement.

ARTICLE 14 - NATURE DES GARANTIES

Article 14.1 « Contrat solidaires »

L'ensemble des garanties proposées par la Mutuelle dans le cadre du présent règlement sont dites « solidaires », c'est-à-dire qu'aucune sélection médicale n'est réalisée lors de l'adhésion et, les cotisations qui en permettent le financement ne sont pas fixées et n'évoluent pas en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Article 14.2 « Contrat non responsable »

Les garanties prévues dans le cadre du présent règlement ne satisfont pas aux critères des « Contrats responsables » fixées par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la sécurité sociale et leurs textes d'application. En conséquence, elles ne permettent pas de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux afférents.

ARTICLE 15 - BASE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations servies par la Mutuelle dans le cadre du présent règlement sont complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la sécurité sociale et à celles dont bénéficient les assurés au titre de leur couverture complémentaire de base, en tenant compte, pour l'ensemble de la garantie, du respect par le membre participant et/ou ses ayants droit du parcours de soins coordonnés.

Les prestations sont toujours calculées sur la base du tarif conventionnel de la sécurité sociale en vigueur, ou d'un montant indiqué dans le tableau des prestations.

Les prestations sont ainsi exprimées :

- Soit en pourcentage des bases de remboursement de la sécurité sociale ;
- Soit sous forme de plafonds en euros. Ces plafonds, fixés par acte ou pour un ensemble d'actes, sont annuels et valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation pour l'adhésion et les affiliations en cours d'année. **Les prestations exprimées sous forme de plafond, non consommées au cours d'une année civile, ne font l'objet d'aucun report sur l'année suivante,** sauf en ce qui concerne les garanties optique et aides auditives qui sont susceptibles de bénéficier d'un mécanisme de report dans les conditions prévues à l'article « MONTANT ET CONDITIONS DES GARANTIES » qui leur sont propres.

Les membres participants bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur (100%) à quelque titre que ce soit, ne peuvent prétendre à un complément de remboursement

sauf si leurs garanties prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires. Ils doivent néanmoins fournir à la Mutuelle leur attestation de droits à l'Assurance Maladie Obligatoire notifiant leur exonération pour complétude de leur dossier.

Ainsi, dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, pour un acte ou un soin :

- Si la garantie ne prévoit pas le remboursement de dépassements d'honoraires, la Mutuelle n'est débitrice d'aucune prestation ;
- Si la garantie prévoit le remboursement de dépassements d'honoraires, la participation de la Mutuelle intervient en complément du montant du ticket modérateur et des prestations déjà versées au titre de la couverture complémentaire de base dont bénéficie l'assuré s'il y a lieu, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la sécurité sociale à la date des soins.

Le remboursement des consultations et des actes des médecins non conventionnés est calculé sur la base du tarif d'autorité.

Les frais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire ne donnent lieu à aucun versement de prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

ARTICLE 16 - EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE

Ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- **Les majorations de participation et dépassements d'honoraires liés à l'absence de désignation d'un médecin traitant ou au non-respect du parcours de soins coordonné par l'assuré.**
- **La majoration de participation prévue à l'article L.1111-15 du Code de la santé publique.**
- **La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité Sociale pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'Assurance Maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.**
- **Les franchises médicales prévues à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire.**

<u>Sont également exclus de toute prise en charge par la Mutuelle :</u>

- **Les dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu dans le tableau de garanties ;**
- **Les frais liés aux séjours dans les établissements autorisés à dispenser des soins de longue durée tels que visés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale ou dans les établissements médico-sociaux tels que visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ou les maisons de retraite.**
- **Les soins esthétiques et la thalassothérapie ;**
- **Les produits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire ;**
- **Les produits achetés sur Internet sauf les médicaments achetés via le site d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre national des pharmaciens sur son site et les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.**

En tout état de cause, la Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la sécurité sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu ou résultant d'une exclusion de prise en charge, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 17 - ASSURANCES CUMULATIVES ET PRINCIPE INDEMNITAIRE

En application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n°90-769 du 30 août 1990, 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 de l'assuré ou l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale.

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

Si le bénéficiaire a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursement auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le bénéficiaire.

ARTICLE 18 - SOINS RÉALISES OU FACTURÉS A L'ÉTRANGER

La Mutuelle garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger, soit dans un Etat membre de l'Union Européenne, soit dans un pays ayant signé avec la France une convention de réciprocité en matière de sécurité sociale dès lors que l'assuré bénéficie d'une prise en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire français.

Le remboursement de la Mutuelle se fait sur la base de remboursement retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire française et conformément aux nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française, sous déduction des éventuels remboursements dont l'assuré a bénéficié au titre de sa couverture complémentaire de base.

Les prestations exprimées sous forme de Plafond, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

Le présent règlement ne couvre pas les membres participants résidant à l'étranger et les expatriés.

ARTICLE 19 - DÉTAIL ET CONDITIONS PARTICULIERES DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

La garantie dont bénéficie les assurés figure en annexe du présent règlement.

La prise en charge par la Mutuelle est, en tous les cas, plafonnée selon les taux ou les montant figurant dans le tableau des garanties et les sommes restant à la charge de l'assuré après remboursement du régime obligatoire d'Assurance maladie et des prestations versées au titre de la couverture complémentaire santé de base dont il bénéficie.

Peuvent ainsi donner lieu à remboursement, les frais ci-après selon la nature des soins.

Article 19.1 <u>Hospitalisation</u>

- Honoraires médicaux, chirurgicaux et paramédicaux, actes de laboratoires réalisés au cours d'une hospitalisation.
- Chambre particulière : **dans la limite du plafond journalier et du nombre de jours par an et par assuré prévu en fonction du type d'hospitalisation**.
- Confort hospitalier **:** le forfait couvre les frais liés au téléphone, à la télévision, au casque audio, au Wi-Fi, à la presse, au parking et à la blanchisserie. Le remboursement est accordé sur présentation d'une facture acquittée ou d'un ticket de caisse délivré par l'établissement hospitalier, **dans la limite d'un plafond journalier par jour d'hospitalisation**, **à l'exclusion des séjours en unité psychiatrique ou en établissement psychiatrique.**

Article 19.2 <u>Soins courants</u>

- Honoraires médicaux des médecins généralistes ou spécialistes adhérents ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO) : ils regroupent notamment les frais de consultations ou de visites, ainsi que les frais de spécialité et de petite chirurgie réalisés par un médecin spécialiste
- Honoraires paramédicaux : ils correspondent aux actes réalisés par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes.
- Imagerie médicale : il s'agit des radiographies et des actes d'imagerie réalisés par un médecin radiologue ayant adhéré ou non au dispositif de pratique tarifaire maitrisée (OPTAM / OPTAM-ACO).
- Analyses et examens de laboratoire : les frais d'analyses et d'examens de biologie médicale réalisés en laboratoire sont remboursés par la Mutuelle lorsqu'ils font l'objet d'une prescription médicale.
- Médicaments : les médicaments prescrits, ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite d'un plafond fixé par année civile et par assuré.
- Vaccins : les vaccins prescrits, ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite d'un plafond fixé par année civile et par assuré.

Article 19.3 <u>Matériel médical</u>

Les frais d'acquisition et/ou de location de dispositifs médicaux, de prothèses et d'appareillages divers, autres que ceux relatifs aux prothèses capillaires et mammaires, aux aides auditives et ceux relevant des garanties optiques et dentaires, lesquels font l'objet d'une prise en charge spécifique, sont remboursés dans la limite du taux de remboursement prévu à la garantie à condition qu'ils soient prescrits médicalement et inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Prothèses capillaires : la Mutuelle intervient pour la prise en charge de tout ou partie du montant restant à la charge de l'assuré, pour l'acquisition de prothèses capillaires remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire, **dans la limite d'une prothèse par an et du plafond annuel prévu à la garantie**.

Prothèses mammaires : la Mutuelle intervient pour le remboursement des frais de prothèses mammaires, dès lors que celles-ci sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, **dans la limite de 2 prothèses par an et d'un plafond annuel global prévu à la garantie**.

Article 19.4 Optique

19.4.1 Equipements optiques

La Mutuelle rembourse les frais d'équipements d'optique médicale (verres et/ou monture), **dans la limite d'un plafond annuel global fixé en fonction de l'âge de l'assuré**.

Report du forfait optique

Lorsque le forfait optique n'a fait l'objet d'aucune prestation remboursée au cours d'une année civile, l'assuré bénéficie, au titre de l'année civile suivante, d'un report de 50 % du montant du forfait optique annuel prévu par la garantie.

Lorsque le forfait optique n'a fait l'objet d'aucune prestation remboursée au cours de deux années civiles consécutives, l'assuré bénéficie, au titre de la troisième année civile, d'un report de 75 % du montant du forfait optique annuel prévu par la garantie.

Le report applicable est déterminé en fonction de la période de non-utilisation constatée et ne peut être cumulé avec un autre report au titre du même forfait. **Toute utilisation, même partielle, du forfait optique au cours de la période de référence interrompt l'acquisition du droit au report.**

Le remboursement par la Mutuelle des frais liés aux équipements optiques est toujours effectué, dans la limite de la dépense réelle, sur présentation de la facture nominative, détaillée et acquittée, du décompte de remboursement du régime obligatoire et s'il y a lieu, du relevé de prestations versées au titre de la couverture complémentaire santé de base du bénéficiaire, la présentation de la prescription médicale en cours de validité pouvant également être sollicitée par la Mutuelle.

19.4.2 Lentilles correctrices

Seules les lentilles correctrices de vue, prescrites médicalement et prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sont remboursées par la Mutuelle **dans la limite d'un plafond fixé par année civile et par assuré**.

Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires dont ceux relatifs à l'entretien des lentilles ne sont pas en charge par la Mutuelle dans le cadre de la garantie prévue.

19.4.3 Chirurgie réfractive

Les dépenses de chirurgie réfractive de l'œil, pour le traitement et/ou la correction de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme ou de la presbytie, sont prises en charge par la Mutuelle **dans la limite du plafond annuel global fixé pour les deux yeux.**

Article 19.5 Dentaire

19.5.1 Soins et prothèses dentaires

Les actes et soins dentaires sont remboursés selon leur codification dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire et leur association aux différentes garanties « DENTAIRE » prévues au tableau des garanties.

Les soins dentaires tels que les soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention ainsi que les inlay-onlay sont remboursés par la Mutuelle, **dans la limite du taux de remboursement prévu à la garantie applicable** dès lors qu'ils sont pris en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire sont également pris en charge par la Mutuelle conformément au taux de remboursement exprimé par acte prévu à la garantie, **dans la double limite d'un plafond exprimé par acte et d'un plafond annuel global progressif jusqu'à la 4ème année d'adhésion ou d'affiliation de l'assuré**

Les soins et actes prothétiques dentaires non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire peuvent être pris en charge par la Mutuelle **dans la limite d'un plafond annuel global. Ce plafond comprend l'ensemble des actes non remboursés par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception des actes d'implantologie et d'orthodontie qui font l'objet d'une garantie spécifique.**

19.5.2 Orthodontie et implantologie

Le remboursement par la Mutuelle des traitements et des actes d'orthodontie est soumis à la prise en charge du régime d'Assurance Maladie Obligatoire. Le remboursement s'effectue au semestre **dans la limite du taux de remboursement prévu à la garantie**.

Les soins et traitements d'orthodontie qui ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire peuvent également être remboursés par la Mutuelle, dans le cadre d'un plafond annuel global s'appliquant également au remboursement des frais d'implantologie.

Les radiographies implantaires ne sont jamais prises en charge par la Mutuelle.

Article 19.6 Aides auditives

La Mutuelle rembourse les dépenses engagées par l'assuré pour l'acquisition d'aides auditives, **dans la limite d'un seul équipement par an et par oreille, et du plafond fixé à cet effet**.

Report du forfait auditif

Lorsque le forfait auditif n'a fait l'objet d'aucune prestation remboursée au cours de trois années civiles consécutives, l'assuré bénéficie, au titre de la quatrième année civile, d'un report de 50 % du montant du forfait auditif annuel prévu par la garantie.

Ce report est automatiquement ajouté au forfait auditif applicable pour l'année concernée. Il est limité à une seule année civile, non cumulable avec un autre report au titre du même forfait et non reportable sur une période ultérieure.

Toute utilisation, même partielle, du forfait auditif au cours de la période de référence entraîne la perte du droit au report.

Article 19.7 Cures thermales

Lorsque les frais d'hébergement liés à des séjours en cures thermales ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et que la cure bénéficie à un assuré de plus de 62 ans inscrit au contrat, la Mutuelle rembourse tout ou partie de ces frais, **dans la limite d'un plafond annuel prévu à la garantie applicable, dès lors que la cure elle-même est acceptée par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire**.

Article 19.8 Prévention

19.8.1 Consultation de podologie-pédicurie

Les frais de consultation de podologie et de pédicurie non pris en charge l'Assurance Maladie Obligatoire sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un plafond par séance et d'un nombre de séance par an selon l'âge de l'assuré**.

19.8.2 Bilan nutritionniste

Les frais relatifs à la réalisation d'un bilan nutritionniste non pris en charge l'Assurance Maladie Obligatoire sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un plafond annuel global applicable pour l'ensemble de ces frais.**

19.8.3 Médecines douces

La Mutuelle peut rembourser les actes des ostéopathes, psychologues, psychomotriciens, diététiciens, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étiopathes, réflexologues, sophrologues, ergothérapeutes et hypnothérapeutes, sur présentation d'une facture originale du praticien mentionnant la possession du diplôme d'état dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, **dans la limite d'un plafond par séance et d'un maximum de 2 séances par an et par assuré**.

Pour toute discipline, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut de praticien et notamment l'enregistrement du praticien sur le répertoire d'identification des professionnels de santé (ADELI ou RPPS).

ARTICLE 20 - AUTRES GARANTIES ET SERVICES INCLUS

Article 20.1 Garantie « Maladies redoutées »

La garantie « Maladies redoutées » a pour objet le versement d'une somme forfaitaire lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants est reconnu atteint, en cours d'adhésion ou d'affiliation, d'une maladie redoutée telle que définie au présent règlement.

Ce forfait, qui ne peut donner lieu à aucun fractionnement ni à aucune avance, est versé en une seule fois, sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- L'attestation de droit délivrée par l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire précisant la prise en charge du bénéficiaire à 100 % au titre de l'ALD reconnue ;
- A défaut, une attestation établie par le médecin traitant du bénéficiaire certifiant que la pathologie diagnostiquée figure sur la liste des ALD exonérantes au sens de l'article L.160-14 du Code de la sécurité sociale.

Le forfait « Maladies redoutées » ne peut être versé qu'une seule fois par assuré et pour toute la durée d'adhésion, indépendamment du nombre de maladies redoutées reconnues postérieurement au premier versement.

Article 20.2 Service digitaux et communication dématérialisée

La Mutuelle met à disposition de ses membres participants un « Espace Adhérent » leur permettant de gérer leurs informations personnelles, de communiquer avec la Mutuelle de façon dématérialisée pour la gestion de leur contrat et de consulter les documents ayant trait à leur adhésion, tels que :

- Les bénéficiaires des garanties,
- Les remboursements de frais de santé,
- Les documents réglementaires,
- Les informations relatives à la Mutuelle,
- Diverses communications.

Chaque membre participant peut accéder à son espace personnel en se connectant sur le site « www.mutuellelmp.fr », ou sur l'application mobile de la Mutuelle après l'avoir préalablement téléchargé, au moyen de son numéro d'adhérent à la Mutuelle et d'un mot de passe personnel qu'il aura lui-même défini lors de la création de son compte.

Le membre participant peut créer son compte à partir des informations suivantes :

- Numéro d'adhérent ;
- Date de naissance ;
- Département de naissance sur 2 chiffres (tels qu'indiqué dans le numéro de sécurité sociale).

Pour des raisons de sécurité, un code de confirmation sera envoyé par SMS ou par courriel tant pour la création de compte que pour les connexions ultérieures. Il est donc nécessaire qu'au moment de la création de son compte, le membre participant ait communiqué au préalable au moins l'une des coordonnées suivantes : numéro de portable ou adresse mail, et que ces coordonnées demeurent actives et à jour.

Dès lors qu'un « Espace personnel » est activé ou lorsque le membre participant aura manifesté, sur son bulletin d'adhésion, le souhait de recevoir les documents liés à son contrat par voie électronique, la Mutuelle privilégiera un mode de communication dématérialisée avec ce dernier ; le membre participant peut toutefois demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, sur simple demande auprès de la Mutuelle.

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS CONCERNANT LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 21 - FORMALITÉS À ACCOMPLIR POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

Pour bénéficier des prestations, les assurés sont tenus de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives des dépenses engagées, selon le type de prestation, les modalités de remboursement de la sécurité sociale et les prestations qui leur ont été déjà été versées au titre de leur couverture complémentaire santé de base.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du membre participant.

Les prestations de la Mutuelle sont ainsi allouées sur présentation du décompte de la sécurité sociale et/ou des décomptes de remboursement du contrat complémentaire de base, des factures détaillées portant la mention acquittée ou d'attestation de non-remboursement de l'organisme assureur de base.

Lorsque la couverture complémentaire santé de base dont bénéficie l'assuré est souscrite directement auprès de la Mutuelle et que dans ce cadre, l'assuré bénéficie de la télétransmission normalisée entre son régime d'Assurance Maladie Obligatoire et la Mutuelle (notamment via le dispositif NOEMIE), les informations nécessaires aux remboursements sont directement transmises à la Mutuelle par l'organisme d'assurance maladie obligatoire, conformément aux normes en vigueur.

En cas de télétransmission active, il appartient néanmoins à l'assuré de vérifier que les informations et les données concernant ses dépenses de santé ont bien été reçues par la Mutuelle et que celles-ci sont complètes et conformes. A défaut, il lui appartient de le signaler à la Mutuelle et de lui fournir les justificatifs nécessaires (décomptes du régime obligatoire, factures, etc.) pour permettre le traitement manuel de son remboursement.

Il appartient en tous les cas au membre participant, s'il souhaite conserver les justificatifs de règlement de ses frais de santé, de procéder à la copie des documents qu'il transmet à la Mutuelle pour obtenir le remboursement des prestations.

Avant ou après le paiement des prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut en outre demander la production de toute pièce justificative permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées y compris après résiliation de l'adhésion.

Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions de l'article « CONDITION D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS ».

Le membre participant ne peut pas être remboursé deux fois pour le même soin médical. Le total des remboursements (Sécurité sociale + mutuelle principale de base + surcomplémentaire) ne peut excéder le montant des frais engagés.

ARTICLE 22 - DROITS AUX PRESTATIONS

Article 22.1 Condition d'ouverture du droit aux prestations

Sous réserve de l'application du délai d'attente s'appliquant pour le bénéfice de certaines prestations tel que défini dans les conditions prévues à l'article « DELAI D'ATTENTE POUR LE BENEFICE DE CERTAINES PRESTATIONS » du présent règlement, le droit aux prestations s'applique à compter de la date de prise d'effet des garanties.

La condition d'ouverture du droit aux prestations est appréciée à la date des soins réalisés (consultation, acte technique, achat de médicaments ou d'équipement optique, pose de prothèse dentaire...) ou de la date d'hospitalisation.

La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ou sur le bulletin de situation établi par l'établissement de santé en cas d'hospitalisation. Dans les cas de réalisation d'un acte sans participation de la sécurité sociale, la date des soins prise en considération est celle indiquée sur la facture du professionnel de santé.

Sous réserve de l'application du délai d'attente mentionné ci-avant, le droit aux prestations s'applique donc dès la date d'effet de l'adhésion du membre participant ou de

l'affiliation de ses ayants droit, à condition que la date des soins soit postérieure à cette date et antérieure à la date de cessation de l'adhésion ou de l'affiliation.

Les frais ou actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ne peuvent donner lieu à remboursement. Il en est de même s'agissant des demandes de remboursement de soins ou actes dont la date est postérieure à la date de résiliation de l'adhésion du membre participant, sauf si les conditions d'ouverture des droits étaient remplies à cette date.

Article 22.2 Déchéance du droit aux prestations

En dehors des cas où elles sont traitées par voie de télétransmission avec les organismes gestionnaires des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire, les demandes de remboursement, accompagnées des documents justificatifs (décomptes et factures), doivent être transmises à la Mutuelle dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date des soins prévu à l'article « CONDITION D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS » sous peine de déchéance des droits à indemnisation en cas d'intention frauduleuse de l'assuré, dans le respect des dispositions de l'article L.221-16 2° du Code de la mutualité.

Même en l'absence d'intention frauduleuse de l'assuré, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce retard lui a causé, sauf s'il est établi que ce retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

L'assuré peut également être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

ARTICLE 23 - PAIEMENT ET DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le caractère surcomplémentaire de la présente garantie ne permet pas l'application du mécanisme de tiers payant pour la prise en charge des prestations. A ce titre, aucune carte de tiers payant ne sera donc délivrée.

Les prestations sont ainsi réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées.

Les prestations sont réglées par virement sur le compte bancaire correspondant au RIB transmis à cet effet lors de l'adhésion, dans un délai de quinze (15) jours ouvrés maximum pour toutes demandes de prestations communiquées à la Mutuelle hors télétransmission et pour les remboursements issus de la télétransmission, le paiement est effectué sous 48 à 72 heures.

Chaque ayant droit *(âgé d'au moins de 16 ans)* pourra demander le versement de ses prestations sur son propre compte bancaire à charge pour lui de communiquer un RIB correspondant à la Mutuelle.

ARTICLE 24 - RELEVÉ DES PRESTATIONS PAYÉES

Les membres participants sont informés du paiement de leurs prestations par l'envoi d'un relevé périodique descriptif détaillé les avisant du montant et de la date de chaque règlement effectué. Ce relevé vaut pièce justificative auprès des organismes sociaux ou mutualistes. Le mode de réception du relevé de prestations payées est laissé au choix du membre participant. Il peut recevoir son bordereau par :

- Courrier ;
- Courriel.

Ce relevé est en tous les cas consultable et téléchargeable depuis son espace adhérent sécurisé via le site internet ou via l'application mobile de la Mutuelle.

ARTICLE 25 - CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout membre participant ou le cas échéant, tout ayant droit, qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

L'assuré est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (analyses, radiographies, auscultation…).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte, à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

L'assuré peut solliciter l'avis de son médecin traitant, ou de son chirurgien-dentiste traitant, ou de tout autre médecin de son choix, les honoraires de ceux-ci restant à la charge de l'assuré.

En cas de contestation des conclusions du médecin, du professionnel de santé ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, les parties choisissent un médecin, un professionnel de santé ou un chirurgien-dentiste tiers pour qu'il se prononce définitivement. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix de ce tiers, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ou au Président de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes du domicile de l'Assuré, de nommer l'expert.

Après réception de l'avis rendu par le tiers expert, la Mutuelle, le membre participant ou l'ayant droit, dispose d'un délai de quinze (15) jours pour accepter ou refuser la solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

Les honoraires du médecin, du professionnel de santé ou du chirurgien-dentiste consultant choisi par la Mutuelle restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin, du professionnel de santé ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard de l'assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'assuré.

L'assuré peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.

En cas de refus d'un assuré de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la sécurité sociale, le versement des prestations sera suspendu.

En cas de régularisation par l'assuré de sa situation, la Mutuelle versera le solde des prestations éventuellement du dans le cadre de la garantie.

ARTICLE 26 - RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations indûment versées à un membre participant ou à un ayant droit, postérieurement à la suspension des garanties ou à la résiliation de l'adhésion, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles les assurés pourraient avoir droit.
A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 27 - RÉTICENCE ET FAUSSE DÉCLARATION

Article 27.1 Réticence et fausse déclaration intentionnelle

En application de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, la garantie qui lui est accordée est nulle dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle 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.

Article 27.2 Réticence et fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas automatiquement la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle 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 (10) jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée ou envoi recommandée électronique.

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 montant des cotisations payées par le membre participant par rapport au montant des cotisations qui auraient été dues si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

ARTICLE 28 - SUBROGATION

Conformément aux articles L.224-8 et L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions du membre participant, ou de ses ayants droit, lorsqu'ils sont victimes d'un accident, contre le tiers qui en est responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le 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 de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou les ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victime.

Lorsque, du fait de la victime ou de ses ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

L'assuré victime d'un accident, qui aura été indemnisé directement par un tiers responsable devra, sous peine d'exclusion, rembourser à la Mutuelle les prestations qu'elle lui a versées dans le cadre de cet accident, jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité perçue.

ARTICLE 29 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations d'assurance garanties par la Mutuelle sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- **En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

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

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription que sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.**
- **La demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle 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.**
- **La mise en œuvre d'une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par une cause spécifique aux opérations d'assurance, telles que définies à l'article L.221-12 du Code de la mutualité :

- **La désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;**
- **L'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 30 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée (dite LIL) et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit RGPD), la Mutuelle est responsable de traitement.

Les informations nominatives et personnelles concernant le membre participant ainsi que ses ayants droit, qui sont ainsi recueillies par la Mutuelle dans le cadre du présent règlement, font l'objet de différents traitements ayant les finalités et bases légales suivantes :

Finalité des traitements des données à caractère personnel (Art 5 §1 b) du RGPD)	**Base légale sur laquelle repose les traitements des données à caractère personnel (Art 6 §1 du RGPD)**
Gestion de l'adhésion ou de l'affiliation, de la vie du contrat, du recouvrement des créances des assurés au contrat et de la mise à disposition d'un espace adhérent dématérialisé accessible depuis l'application mobile ou le site internet	Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci (art 6 §1 *b)* du RGPD)
Gestion et versement direct des prestations prévues au contrat, y compris si celui-ci comprend des garanties en inclusion	Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci (art 6 §1 *b)* du RGPD)
Gestion et versement indirect des prestations via le tiers-payant	Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci (art 6 §1 *b)* du RGPD)
Traitement des réclamations et des contentieux	Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci (art 6 §1 *b)* du RGPD)
Élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement pour s'assurer du niveau de satisfaction des services	Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement ou par un tiers, à moins que ne prévalent les intérêts ou les libertés et droits fondamentaux de la personne concernée qui exigent une protection des données à caractère personnel (art 6 §1 *f)* du RGPD)
Mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, par voie électronique et/ou téléphonique ; pour des biens et services analogues déjà souscrits auprès du responsable de traitement comme des garanties complémentaires à titre individuel	Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement ou par un tiers, à moins que ne prévalent les intérêts ou les libertés et droits fondamentaux de la personne concernée qui exigent une protection des données à caractère personnel (art 6 §1 *f)* du RGPD)
Mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles par voie postale	La personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques (art 6 §1 *a)* du RGPD)
Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (art 6 §1 *c)* du RGPD
Gestion, traitement des demandes du Fonds de secours mutualiste	La personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques (art 6 §1 *a)* du RGPD)
Prévention de la fraude (pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude)	Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis (art 6 §1 *c)* du RGPD)

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non-directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L.1461-3 du Code de la santé publique.

Les données recueillies sont destinées aux services internes la Mutuelle et ne sont accessibles que par des collaborateurs dûment habilités à les traiter, en fonction des finalités du traitement réalisé et dans la limite de leurs attributions respectives.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit peuvent également être :

- Les sous-traitants et prestataires de la Mutuelle (tiers-payants, informatiques, ...) ;
- Les intermédiaires d'assurance mandatés par l'assuré ;
- Le régime obligatoire auquel sont affiliés les membres participants et leurs ayants droit sauf s'ils ont refusé la télétransmission NOEMIE ;
- Les conseils de la Mutuelle dûment soumis au secret professionnel, notamment aux experts-comptables, commissaires aux comptes, avocats, ... ;
- Les autorités judiciaires ou administratives de contrôle (ACPR, CNIL, DGCCRF, ...) ;
- TRACFIN ou la Direction du Trésor ;
- Les banques de la Mutuelle pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations ;
- Les autres organismes assureurs en cas de recours contre un tiers-responsable.

La Mutuelle s'engage à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles visant à assurer la sécurité de ses traitements conformément à la règlementation applicable en matière de données personnelles. Les données à caractère personnel sont conservées pendant la durée de l'adhésion, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément à la réglementation en vigueur, le membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données personnelles de la Mutuelle en adressant un courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Les Ménages Prévoyants – 11 rue Albert Sarraut – 78000 Versailles, ou par courriel à l'adresse suivante : dpo@mutuellelmp.fr.

En cas de doute raisonnable, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé pour permettre de confirmer l'identité de la personne présentant la demande d'exercice des droits.

Le membre participant peut également adresser une réclamation concernant le traitement de ses données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatiques et des Libertés (CNIL) : Commission Nationale de l'Informatiques et des Libertés (CNIL) - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - 75007 PARIS.

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 leur 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.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne la conclusion et l'exécution des garanties ouvertes par le contrat. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'adhésion ou de l'affiliation ou l'impossibilité de mettre en œuvre la garantie.

ARTICLE 31 – DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli des données téléphoniques auprès du membre participant ou ses ayants droit, ceux-ci sont informés qu'à compter de cette date, toute sollicitation téléphonique effectuée à des fins commerciales sans leur consentement préalable sera interdite, sauf si cette sollicitation intervient dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et a un rapport avec l'objet de ce contrat.

Ainsi, tant que l'adhésion est en cours d'exécution, la Mutuelle sera donc autorisée à les démarcher téléphoniquement pour proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'assurance complémentaire santé, ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité, sauf opposition expresse du membre participant à la prospection commerciale.

ARTICLE 32 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

32.1 <u>Réclamation</u>

La Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle pendant toute la vie du contrat.

Ainsi, est considéré comme une réclamation toute déclaration actant le mécontentement d'un assuré envers la Mutuelle.

Pour toute réclamation, le membre participant peut contacter son interlocuteur habituel ou le service dédié, selon les modalités suivantes :

- Par téléphone au : 01 39 24 60 00 ;
- Par courriel à : reclamations@mutuellelmp.fr ;
- En agence ;
- Via l'appli mobile ou l'espace adhérent ;
- Par courrier à : Mutuelle LMP – Service Réclamations – 11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles.

Si la réclamation a été formulée à l'oral, le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'une réclamation écrite s'il n'a pu lui être donné immédiatement satisfaction.

La Mutuelle accuse réception par écrit de la réclamation sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi, sauf si elle peut apporter une réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux (2) mois à compter de l'envoi.

Cette procédure de réclamation est applicable à tout membre participant et plus généralement toute personne portant réclamation (anciens membres participants, ayants droit, toute personne en contact avec les services de la mutuelle).

32.2 <u>Médiation</u>

Le Médiateur de la Mutualité Française peut en tout état de cause être saisi deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu.
La saisine est gratuite et la demande doit être adressée à l'adresse suivante :

- Soit par voie postale à l'adresse suivante :
  Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
  255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- Soit sur son site internet : https://www.mediateur-mutualite.fr/

Le Médiateur de la Mutualité Française rend une proposition motivée dans les trois mois maximums suite à la réception du dossier complet. Le réclamant doit formuler sa demande de médiation dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition qu'il n'ait pas saisi les tribunaux. L'avis du Médiateur ne préjuge pas des droits du réclamant d'intenter une action en justice. En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

Pour plus d'informations sur la gestion de la médiation le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est également accessible sur son site interne.

ARTICLE 33 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSOLUTION

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 34 - VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- Le bulletin d'adhésion signé par le membre participant.
- Le présent règlement mutualiste.
- Les statuts de la Mutuelle.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du présent règlement, ce sont celles du bulletin d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le bulletin d'adhésion, le présent règlement et les statuts de la Mutuelle, expriment l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du bulletin d'adhésion, du présent règlement ou des statuts de la Mutuelle, serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

ARTICLE 35 - LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE

La loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au présent règlement, est la loi française à l'exclusion de toute autre.

La langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée de l'adhésion est la langue française.

Garantie non responsable 2026

% de remboursement exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale).
Les remboursements sont effectués en complément des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire et de la complémentaire santé de base.

LMP SURCO

HOSPITALISATION

	LMP SURCO
Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes en ou hors OPTAM / OPTAM-ACO (1)	+150%
Chambre particulière - Délais d'attente de 3 mois sauf en cas d'accident En médecine, chirurgie et obstétrique	45€/jour, limité à 60 jours/an
Chambre particulière - Délais d'attente de 3 mois sauf en cas d'accident En Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), de psychiatrie et de convalescence SSR	45€/jour, limité à 30 jours/an
Confort hospitalier Téléphone, Télévision, Casque audio, Wifi, Presse, Parking, Blanchisserie	4€/jour, limité à 30 jours/an

SOINS COURANTS

		LMP SURCO
Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites	En parcours de soins, en ou hors OPTAM / OPTAM-ACO	+110%
	Hors parcours de soins, en ou hors OPTAM / OPTAM-ACO	+40%
Honoraires médicaux Actes techniques médicaux et actes d'imagerie médicale, radiologie, scanner, IRM ...	En parcours de soins, en ou hors OPTAM / OPTAM-ACO	+110%
	Hors parcours de soins, en ou hors OPTAM / OPTAM-ACO	+40%
Honoraires paramédicaux Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc. Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		+100%
Analyses et examens de laboratoire Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		+100%
Médicaments Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation d'une facture acquittée et de la prescription		40€/an
Vaccins Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation d'une facture acquittée et de la prescription		60€/an

MATERIEL MEDICAL

	LMP SURCO
Grands et petits appareillages Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	+110%
Prothèses capillaires Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, limitée à 1 prothèse par an	150€/an

LMP SURCO
GARANTIE 2026

MATERIEL MEDICAL

	LMP SURCO
Prothèses mammaires Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, limitée à 2 prothèses par an	**150€/an**

DENTAIRE

	LMP SURCO
Soins Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	**+100%**
Inlay-Onlay Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	**+125%**
Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	**+125%, plafond limité à 1000€/an la 1ère année, plafond limité à 2000€/an la 2ème et 3ème année, plafond limité à 4000€/an à partir de la 4ème année**
Implants et orthodontie adulte Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	**200€/an**
Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Forfait versé pour dents provisoires, rebasage, parodontologie, endodontologie	**100€/an**
Orthodontie Prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	**+200%**

OPTIQUE

		LMP SURCO
Equipement optique (2) 1 monture et 2 verres	**Enfants < à 16 ans**	**80€/an**
Equipement optique (2) 1 monture et 2 verres	**Adultes**	**100€/an**
Equipement optique (2) 1 monture et 2 verres	**Adultes à partir de 62 ans**	**160€/an**
Report de 50% du forfait optique Si non utilisé dans l'année civile précédente, voir les conditions dans le règlement mutualiste	**Enfants < à 16 ans**	**120€ tous les 2 ans**
Report de 50% du forfait optique Si non utilisé dans l'année civile précédente, voir les conditions dans le règlement mutualiste	**Adultes**	**150€ tous les 2 ans**
Report de 50% du forfait optique Si non utilisé dans l'année civile précédente, voir les conditions dans le règlement mutualiste	**Adultes à partir de 62 ans**	**240€ tous les 2 ans**
Report de 75% du forfait optique Si non utilisé dans les 2 années civiles précédentes, voir les conditions dans le règlement mutualiste	**Enfants < à 16 ans**	**140€ tous les 3 ans**
Report de 75% du forfait optique Si non utilisé dans les 2 années civiles précédentes, voir les conditions dans le règlement mutualiste	**Adultes**	**175€ tous les 3 ans**
Report de 75% du forfait optique Si non utilisé dans les 2 années civiles précédentes, voir les conditions dans le règlement mutualiste	**Adultes à partir de 62 ans**	**280€ tous les 3 ans**
Lentilles Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	**100€/an**

LMP SURCO
GARANTIE 2026

OPTIQUE

		LMP SURCO
Chirurgie réfractive - Délai d'attente de 3 mois Forfait pour les 2 yeux en cas de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie	-	**200€/an**

AIDES AUDITIVES

	LMP SURCO
Aide auditive Prise en charge limitée à 1 aide auditive par oreille par an	**400€ par oreille**
Report de forfait de 50% Si non utilisé dans les 3 années civiles précédentes, voir les conditions dans le règlement mutualiste	**600€ par oreille**

CURES THERMALES

		LMP SURCO
Frais d'hébergement Dans le cadre d'une cure thermale prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation de la facture acquittée et de l'attestation de cure thermale (1 attestation par personne bénéficiaire de la cure et hébergée)	**A partir de 62 ans**	**150€/an**

PREVENTION

		LMP SURCO
Forfait maladies redoutées Forfait versé une seule fois sur la durée totale du contrat, pour la prise en charge des maladies graves sur justificatif ALD		**150€**
Consultations médecines douces Ostéopathe, psychologue, diététicien, psychomotricien, homéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiopathe, réflexologue, sophrologue, ergothérapeute, hypnothérapeute, sur présentation d'une facture acquittée		**30€/séance, limité à 2 séances/an**
Consultation Podologue - Pédicure Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation d'une facture acquittée	Moins de 62 ans	**30€/séance, limité à 1 séance/an**
	A partir de 62 ans	**30€/séance, limité à 3 séances/an**
Bilan nutrition réalisé par un Nutritionniste ou un Diététicien Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation d'une facture acquittée		**30€/an**

LES + LMP

	LMP SURCO
Services digitaux Application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter	**inclus**
Bulletin d'information RECIPROQUE	**inclus**

La garantie proposée est dite " non responsable ". Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés. Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par l'Assurance Maladie Obligatoire et par l'organisme complémentaire de base.

(1) OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : Ce dispositif s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour l'Anesthésie, la Chirurgie et l'Obstétrique). Il vise à encadrer les dépassements d'honoraires. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à limiter leurs dépassements et à pratiquer des tarifs plus modérés.

(2) Verres simples :
- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verres complexes :
- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

Verres très complexes :
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries ;

Téléchargez l'IPID

MA MUTUELLE À MES CÔTÉS

CONTACT

Mutuelle Les Ménages Prévoyants
11 rue Albert Sarraut, 78000 Versailles
01 39 24 60 00
mutuellelmp.fr

Mutuelle Les Ménages Prévoyants, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Siren 785 151 689. Siège social : 11 rue Albert Sarraut, 78000 Versailles.