

CHAPITRE I : OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE DATE D'EFFET ET DUREE

TITRE I – Objet

Article 1

Le présent règlement mutualiste, élaboré conformément à l'article 4 des statuts de la mutuelle, a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, relatifs aux conditions d'adhésion, démission ou exclusion. Il détermine également la nature, le montant des prestations, le montant de cotisations.

Article 2

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.

TITRE II - Date d'effet et durée

Article 3

Les textes du présent règlement sont applicables dès son approbation par l'assemblée générale. Ils peuvent être modifiés par délibération du conseil d'administration. Les modifications ainsi apportées deviennent applicables immédiatement et doivent être ratifiées par la plus proche assemblée générale.

CHAPITRE II : CATEGORIE DE BENEFICIAIRES

TITRE I – Bénéficiaires individuels et formalités d'adhésion.

Article 4

Conformément à l'article 8 des statuts, sont réputés membres adhérents individuels les personnes qui font acte d'adhésion dans l'une des sections définies à l'article 5 du présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptations des dispositions statutaires, du règlement intérieur ainsi que du présent règlement mutualiste. Pour être recevable, le bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné le cas échéant des pièces justificatives nécessaires (photocopies), dans la forme fixée par la mutuelle, en vigueur au moment de l'affiliation.

Peuvent adhérer au contrat :

- a) tout(e) assuré(e) social(e) immatriculé(e) à un régime obligatoire d'assurance maladie,
- b) le conjoint (marié, pacsé, en vie maritale ou assimilé selon la législation française en vigueur),
- c) les enfants à charge, au sens de la Sécurité sociale,
- d) les enfants ayant leur propre immatriculation, s'ils sont âgés de moins de 28 ans (étudiants, sous contrat d'apprentissage ou à la recherche d'un premier emploi), sous réserve de justifier de leur situation.
- e) les ascendants, descendants ou collatéraux à charge tels que définis à l'article L313-3 du code de la Sécurité sociale, figurant sur l'attestation vitale du chef de famille ou de son conjoint (marié, pacsé, en vie maritale ou assimilé selon la législation française en vigueur) repris sur le contrat.

En cas de changement de votre situation de famille, vous pouvez affilier un nouvel ayant droit en adressant une demande écrite à la Mutuelle. L'affiliation du nouvel ayant droit prend effet au plus tôt, le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve que le dossier d'affiliation soit complet.

L'affiliation d'un enfant nouveau-né ou adopté, inscrit dans un délai maximum de 30 jours après sa naissance ou son adoption, rétroagit au jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. Au-delà de ce délai, l'adhésion prend effet au 1^{er} du mois qui suit la réception des pièces justificatives.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires permettant de valider la qualité d'adhérent ou d'ayant-droit.

Article 5

Les membres participants ayant adhéré à titre individuel, conformément à l'article 8 des statuts, peuvent choisir entre les sections suivantes : Topaze R+, Saphir R+, Émeraude R+, Rubis R+, et Diamant R+.

Sous réserve de remplir certaines conditions, les membres participants pourront souscrire aux sections Tonus R+, Santé R+, Santé plus R+, Prestige R+.

Toutes ces sections sont ouvertes aux personnes soumises à un régime français obligatoire d'assurance maladie ainsi qu'à leur famille.

Article 6.1 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet au premier jour du mois indiqué sur le bulletin d'adhésion sous réserve que l'ensemble des documents nécessaires à l'adhésion ait été transmis à la mutuelle avant le 10 du mois.

La première échéance annuelle étant fixée au 31 décembre.

La durée minimale du contrat est d'une année civile.

L'adhésion est réputée viagère conformément au code de la mutualité article L 114/4.

Le contrat se reconduit tacitement d'année en année, sauf dénonciation par lettre recommandée 2 mois avant l'échéance annuelle soit le 31 octobre.

Article 6.2 - Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage à domicile

Conformément à l'article L221-18 du Code de la Mutualité : « toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activités commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance ou un démarchage à domicile, dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

« Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-28 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a) »

Vous devez adresser votre renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle Le Libre Choix - Service adhésion - bvd de l'Europe - CS 30143 - 59602 Maubeuge cedex, en utilisant le modèle ci-dessous, en l'accompagnant de votre carte de tiers payant pour être prise en compte :

Je, soussigné,(nom, prénom), déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

N° adhésion : (ou joindre copie du bulletin d'adhésion)

Date de la demande d'adhésion :

Adresse :

Fait à le

Signature

La renonciation entraîne la résiliation du contrat à la date d'effet de l'adhésion. Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à les rembourser à la Mutuelle. Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle procédera à leur remboursement.

TITRE II – Bénéficiaires de contrats collectifs

Article 7

La qualité d'adhérent entrant dans la catégorie des contrats collectifs, conformément à l'article 9 des statuts, résulte de la signature d'un contrat entre la mutuelle et l'employeur ou la personne morale pour ses salariés.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois indiqué dans le contrat signé avec le souscripteur. Le contrat signé avec le souscripteur prévoit :

- les personnes concernées par le contrat,
- la durée du contrat,
- les clauses de renouvellement ou de non renouvellement,
- le montant des cotisations,
- la nature des prestations, les taux de remboursements, les éventuelles périodes de stage.

Article 8 – Affiliation des salariés

Les salariés appartenant à la catégorie de personnel couverte bénéficient des garanties souscrites à compter de la date d'effet du contrat ou au 1^{er} du mois de leur embauche ou de leur promotion dans cette catégorie si elle est postérieure.

L'ensemble des documents nécessaire à l'affiliation doit être transmis sous 10 jours.

Article 9 – Portabilité des droits santé des contrats collectifs obligatoires

9.1 - Conditions du maintien de l'affiliation

Le maintien des garanties résulte des dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale. Il pourra être modifié de plein droit par toute évolution législative ou réglementaire.

En l'état, sous réserve pour le salarié d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation, et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires, sont maintenues en cas de rupture de son contrat de travail.

Il faut que celle-ci résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La mutuelle tient à la disposition de l'entreprise un formulaire type « portabilité » qu'elle devra retourner dûment renseigné et signé des deux parties (employeur et salarié) pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du salarié cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'entreprise d'informer le salarié du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

9.2 - Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'ancien salarié est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

L'ancien salarié a la possibilité de refuser son droit à portabilité. Il doit alors notifier son refus à son employeur, par écrit, dans les 10 jours suivant la cessation de son contrat de travail.

L'affiliation de l'ancien salarié cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs prévus,
- en cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

9.3 - Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à la mutuelle :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

9.4 – Garanties maintenues

Les garanties de base obligatoires maintenues, pendant la période de portabilité, sont celles en vigueur dans l'entreprise pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la rupture ou la fin de son contrat de travail.

9.5 – Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sur la base obligatoire sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

CHAPITRE III : COTISATIONS

TITRE I - Cotisations des bénéficiaires individuels

Article 10 - Montant de la cotisation

10-1 - Fixation et évolution des cotisations conformément à l'article 25 des statuts

Les cotisations sont fixées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration de la Mutuelle quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette ou ce dernier. Le montant des cotisations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L114-10 et L114-11 du code de la mutualité. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants. Le tableau des cotisations annexé au présent règlement est valable jusqu'à sa prochaine modification décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration.

10-2 Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont déterminées par année civile en fonction de la garantie choisie et par tranche d'âge.

Elles sont réajustées à la date de l'appel de la cotisation, au premier jour du mois d'anniversaire du responsable de contrat. Les assurés sociaux adhérant après 55 ans, alors qu'ils ne sont pas couverts auprès d'un autre organisme, doivent acquitter des cotisations majorées.

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle, il règle une cotisation pour lui et l'ensemble de ses ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion.

Certains adhérents peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs cotisations au titre de la CMU complémentaire ou d'une prise en charge au titre du "crédit d'impôt" au sens de l'article L863-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale.

Ces avantages sont accordés sur présentation de l'attestation fournie par la CPAM aux assurés sociaux.

Le financement de ces prises en charge est perçu directement par la mutuelle.

Article 11 - Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel, il intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion. La périodicité mensuelle est réservée aux adhérents payant leur cotisation par prélèvement sur compte bancaire. La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement fractionné n'est qu'une facilité de paiement accordée aux adhérents. Un appel de cotisation est établi par la mutuelle et adressé aux membres participants. Le paiement de la cotisation doit intervenir dans les 10 jours qui suivent chaque échéance. La non réception de l'avis d'appel par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de payer sa cotisation. Il doit dans cette hypothèse contacter la mutuelle. Dans tous les cas, l'adhérent doit régler au comptant un mois de cotisation au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Article 12 - Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les **10 jours** de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la mutuelle adresse au membre participant une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure de payer les cotisations.

Cette mise en demeure fait courir à partir de sa date d'envoi un délai de 30 jours au terme duquel la garantie est suspendue.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non paiement, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Sans autre envoi spécifique, au terme d'un délai de 10 jours après expiration du délai de 30 jours et si la cotisation n'a toujours pas été payée, le contrat est résilié.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Par ailleurs, la mutuelle peut procéder au recouvrement des échéances impayées, par tout moyen de droit.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la mutuelle exigera le remboursement des prestations dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 13 - Modification de la situation familiale

Les modifications survenues dans la situation de famille (mariage, séparation de corps, divorce, décès) entraînant changement du taux de la cotisation, prennent effet à partir du premier jour du mois suivant la notification.

Dans le cas de la naissance ou de l'adoption, sous réserve de respecter l'article 4, le changement éventuel du taux de cotisation ne s'applique alors qu'au 1^{er} du mois suivant la naissance ou l'adoption.

Article 14

La durée minimum de sociétariat dans toutes les sections est fixée à une année, sachant que la 1^{ère} échéance annuelle est fixée au 31 décembre de l'année courante. Le contrat se reconduit tacitement d'année en année. Il se dénonce par courrier recommandé et préavis de deux mois avant l'échéance annuelle.

TITRE II – Cotisations des bénéficiaires des contrats collectifs

Article 15

Les cotisations des adhérents dans le cadre d'un contrat de groupe, sont fixées lors de la signature dudit contrat.

Elles sont valables pour la durée du contrat et révisables lors du renouvellement de celui-ci.

Les modulations de tarif sont déterminées en fonction de la situation de famille, de l'âge moyen arithmétique de la démographie du groupement et du niveau de prestations prises en charge.

Lorsque le risque se trouve aggravé sans le fait des partis, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, la mutuelle a la faculté de déterminer un nouveau taux de cotisation.

Article 16 - Non-paiement des cotisations

16.1 - Non-paiement des cotisations en cas de précompte de la cotisation de la personne morale

Lorsque l'employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'entreprise.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle lui adresse, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à son employeur pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement.

16.2 - Non-paiement des cotisations en cas d'absence de précompte de la cotisation par la personne morale

16.2.1- Non-paiement des cotisations par l'entreprise

A défaut de paiement par l'entreprise d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de ce membre honoraire.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut du paiement de la cotisation par l'entreprise est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement. La mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

16.2.2 - Non-paiement des cotisations par le salarié

Lorsque l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations, le salarié qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

CHAPITRE IV : OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHERENTS

TITRE I – Prestations des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs

Article 17 – Prestations couvertes

Se référer au tableau des garanties

Article 18 - Contrat solidaire et responsable

Tous nos contrats sont solidaires et responsables au sens des dispositions de l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale. Ils respectent donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code. Les contrats remplissent également les obligations du cahier de charge issu du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

Ces dispositions comportent des exclusions et des obligations de prises en charge minimales précisées aux articles R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale ainsi qu'une interdiction de couvrir la participation mentionnée au II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable, l'ensemble des participations des assurés définies à l'article R322-1 du Code de la Sécurité sociale, hors 6°, 7°, 10°, 14° du même article (sauf prise en charge expressément mentionnée dans la grille de garanties) sont prises en charge.

Pour les prestations liées à la prévention, la Mutuelle Le Libre Choix prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables par l'assurance maladie obligatoire et dont la liste est fixée par un arrêté du 8 juin 2006.

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel pour les contrats collectifs obligatoires, les garanties respectent les critères des paniers de soins définies dans le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014.

CHAPITRE V : CONDITIONS GENERALES ET D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

TITRE I – Conditions générales

Article 19

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

Article 20

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective de l'adhérent. Sauf cas particulier, les garanties interviennent en complément et après remboursement préalable du régime de Sécurité sociale.

Article 21 – Prescription

L'action de l'adhérent pour le paiement des prestations se prescrit par 2 ans plus le trimestre en cours, à compter de la date de l'événement. Ce délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation. Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de 3 mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

Article 22 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Article 23 – Exclusions

Les contrats remplissent les obligations du cahier de charge issu du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

La mutuelle rembourse dans tous les cas les prestations prévues aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale qui définissent les contrats responsables mais exclue les prestations ci-dessous :

- les frais facturés par les établissements médico-sociaux ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes, maison de retraite.
- les actes médicaux non pris préalablement en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire sauf prestations particulières mentionnées au descriptif des garanties.

Sont également exclus des remboursements de la Mutuelle :

- la participation forfaitaire de 1 euro, visée à l'article L322-2 du code de la sécurité sociale conformément à l'article 40 de la loi de financement de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation laissée à la charge des assurés par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin autre que son médecin traitant sans prescription préalable de ce dernier ou n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non respect par les assurés du parcours de soins,
- les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les franchises mises en place au 01/01/2008 sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports institués par l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

Article 24 - Dates retenues pour l'évaluation des droits

Soins ambulatoires divers : date des soins

Soins externes hospitaliers : date des soins

Soins dentaires : date des soins

Prothèses dentaires : date d'exécution (mise en bouche)

Traitement d'orthodontie commencé avant l'âge de 16 ans : date mentionnée sur la feuille de soins

Séjour : date d'entrée

Honoraires : date des soins

Équipement optique : date de facturation

Lentilles remboursables ou non remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie : date de facturation

L'appareillage : date de facturation

Cure thermale : date de début de cure

Article 25 - Documents à fournir pour le paiement des prestations

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à la mutuelle dans les meilleurs délais les documents originaux (ou certifiés conformes en cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre

organisme complémentaire) indiqués ci-dessous. Si l'information est transmise directement par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie à la mutuelle, le décompte envoyé à l'adhérent précise que la mutuelle a été avertie des remboursements effectués.

Les documents originaux doivent indiquer clairement le montant des dépenses et celui du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie :

Soins ambulatoires divers : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée

Soins externes hospitaliers : Avis des sommes à payer et attestation de paiement

Honoraires : Facture détaillée acquittée

Séjour : La facture réservée à la mutuelle dûment acquittée et/ou avis des sommes à payer et attestation de paiement

Transport : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture acquittée

Dépassement d'honoraires, chambre particulière, forfait accompagnant : Facture détaillée acquittée et/ou avis des sommes à payer et attestation de paiement

Soins dentaires : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée

Prothèses dentaires : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée

Orthodontie : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée

Frais de pharmacie prescrits non remboursés par le régime obligatoire (médicaments, vaccins, pilules et patchs contraceptifs, sevrage tabagique...) : Facture acquittée et copie de la prescription médicale

Prothèses non prises en charge par le régime obligatoire : Facture détaillée acquittée

Médecines douces (acupuncture, biomagnétisme synergique, chiropractie, homéopathie, méthode Mézières, ostéopathie pratiquée par des ostéopathes agréés, pédicurie, posturologie, sophrologie) : Facture acquittée

Équipement optique : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'opticien et prescription médicale

Lentilles remboursables : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'opticien et prescription médicale

Lentilles non remboursables : Facture détaillée de l'opticien et prescription médicale

Chirurgie laser : Facture détaillée acquittée

Appareillage : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture acquittée

Cure thermale : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture acquittée

Allocation de naissance ou d'adoption : acte de naissance ou copie du livret de famille, certificat définitif d'adoption

Les documents originaux fournis pour obtenir les versements des prestations sont conservés par la mutuelle.

La validité des documents détaillés ci-dessus se prescrit par 2 ans + trimestre en cours, à compter de la date de survenance de l'événement. Ce délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer tout document qu'elle jugera nécessaire pour le paiement des prestations.

TITRE II – Attribution des prestations

Article 26 – Ticket modérateur

Sous réserve des exceptions listées ci-dessous, les garanties des « contrats responsables » couvrent l'intégralité de la participation de l'assuré dit « ticket modérateur » calculé sur les tarifs de base de l'assurance maladie obligatoire.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé y compris ceux relatifs à la prévention ;
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale.

Exception : en fonction des garanties souscrites, le ticket modérateur peut, ne pas être couvert, pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et les préparations homéopathiques.

Article 27 – Hospitalisation

Les garanties des contrats responsables couvrent :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, la participation forfaitaire de 18 euros, prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé (séjours en hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie).

Exclusion : Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas couvert.

Cette disposition est également retenue pour l'application du 2° de l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

La chambre particulière est prise en charge dans la limite de la garantie souscrite et uniquement dans le cadre d'une hospitalisation chirurgicale ou de maternité.

Article 28 – Dépassements d'honoraires des médecins

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé et couverts par une garantie du contrat.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement retenue sera celle du tarif d'autorité.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé ne fait en revanche pas l'objet d'un plafonnement. S'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, seule la première limite (100% du tarif opposable) s'appliquera à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé.

Les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

Article 29 – Optique

Si le contrat ne prévoit pas de couverture au-delà des tarifs de responsabilité alors, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et il sera couvert systématiquement.

Si le contrat propose une couverture pour l'acquisition d'un équipement optique, au-delà du ticket modérateur, alors des planchers et des plafonds seront respectés : cf. décret N°2014-1374 du 18/11/2014.

La couverture de la monture est limitée à 150 euros au sein du remboursement de l'équipement global.

La prise en charge est limitée à un équipement (monture + 2 verres) par période de deux ans.

Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par la mutuelle.

Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la mutuelle.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Elles s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Article 30 – Délai de carence

Pour les nouveaux adhérents, non couverts précédemment auprès d'un autre organisme (assurances, mutuelle, CMU, etc...), un délai de carence de trois mois s'applique pour la chambre particulière et le forfait accompagnant.

Article 31 - Modifications des garanties

L'adhérent ne pourra demander la modification de ses garanties en cours d'année. La modification n'est possible qu'à l'échéance annuelle sous réserve que la demande soit faite par courrier adressé à la mutuelle au plus tard le 31 décembre. La signature d'un nouveau bulletin d'adhésion est obligatoire.

Article 32 – Bonus fidélité

Si le contrat le prévoit, des Bonus Fidélité "implants dentaires et audioprothèses" bénéficient aux adhérents ayant 10 années d'ancienneté ininterrompues au 01/01/2009.

Une fois, ce bonus consommé, il faut trois années civiles supplémentaires d'adhésion sans consommation dans ces domaines pour obtenir un nouveau bonus

Article 33 – Allocation naissance ou d'adoption

Selon la formule choisie, une allocation forfaitaire est versée pour chaque naissance ou adoption. Ce forfait est multiplié par le nombre d'enfants nés ou adoptés en cas de naissance ou d'adoption multiple. Cette allocation est versée si l'enfant est inscrit dans le mois de sa naissance (ou de son adoption).

TITRE III – Conditions particulières d'attribution de certaines prestations

Article 34 - Territorialité

Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ou postaux. Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les actes ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français. En aucun cas, le membre participant ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, le participant, après son retour en France, devra lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

Article 35 - Fonds Social

L'assemblée générale ou le conseil d'administration délibère chaque année sur le montant d'un budget alloué à l'attribution de secours exceptionnels destinés à ses membres participants et à leurs ayants droit. Les aides sont attribuées par une commission constituée au sein du conseil d'administration. Sont prises en compte les ressources du foyer du demandeur et tous éléments susceptibles de favoriser l'examen du dossier, notamment la situation de famille et l'ancienneté dans la mutuelle. Sont susceptibles de bénéficier d'une aide les dépenses liées à la maladie, maternité, au décès, et de façon générale à la protection de la personne du membre participant et de ses ayants droit. La décision de la commission n'est susceptible d'aucun appel.

Article 36 - Assistance

En fonction de la **garantie souscrite**, l'adhérent et les bénéficiaires peuvent bénéficier de deux garanties supplémentaires d'assistance.

Elles ont été souscrites sous forme de contrats collectifs par la Mutuelle sur décision de l'Assemblée Générale dans le cadre de l'article L221-3 du code de la Mutualité auprès des sociétés suivantes :

- Groupe Mutuelle des Sportifs 2/4 rue Louis David 75016 Paris pour le Pass'sports Choralis

- Garantie Assistance : 108 Bureaux de la Colline 92210 SAINT CLOUD pour Choralis Assistance et Préjudis Santé.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par les assureurs auprès desquels la mutuelle les a souscrites en fonction des résultats techniques constatés par ces organismes.

Les modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Des documents d'information spécifiques à ces garanties sont joints au présent règlement.

Article 37 - Service d'écoute, de soutien et d'accompagnement psychologique (uniquement pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire)

En fonction de la garantie souscrite, le salarié peut bénéficier de la garantie Psya. Cette garantie a été souscrite auprès de la société Psya : 69 rue La Fayette 75009 Paris.

Un document d'information spécifique à cette garantie est joint au présent règlement.

CHAPITRE VI : RESILIATION

Article 38– Résiliation d'un contrat individuel

L'adhérent dispose de la faculté de résiliation moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre. Les garanties cessent en tout état de cause à zéro heure le 1er janvier. La résiliation se fait par lettre recommandée ou contre récépissé dans une agence de la Mutuelle Le Libre Choix.

La résiliation l'adhérent et/ou d'un bénéficiaire peut également être admise à la fin du trimestre civil en cours dans les cas suivants :

- a) dans le cadre d'un contrat obligatoire à caractère non familial, pour l'adhérent seul ou dans le cadre d'un contrat obligatoire à caractère familial, pour l'ensemble de la famille,
- b) dans le cas d'un changement de régime de Sécurité sociale modifiant les conditions du contrat,
- c) dans le cas de tout changement de situation d'un adhérent et/ou d'un bénéficiaire rendant impossible la continuité de l'adhésion eu égard aux conditions prévues au présent contrat d'adhésion,

Dans ces trois cas, la résiliation n'est validée qu'à la fin du trimestre civil à réception des pièces justificatives et restitution de la carte de tiers payant.

Ces dispositions s'appliquent également pour la garantie optionnelle d'un contrat collectif souscrite à titre individuel.

Article 39 - Radiation de l'adhérent par la mutuelle

La mutuelle peut radier un membre participant en cas de non paiement prévu à l'article 12 du présent règlement. La mutuelle peut également mettre fin à l'adhésion d'un membre participant lorsque celui-ci a cherché à percevoir des prestations indues. Dans ce cas, la radiation prend effet dès la connaissance des faits par la mutuelle et ce, sans préjudice des poursuites que la mutuelle pourrait engager contre l'adhérent pour récupération des sommes indûment payées. La mutuelle conserve alors l'intégralité des sommes qui lui ont été précédemment versées à titre d'indemnité.

Article 40 - Effet de la résiliation

Aucune prestation ne peut être servie au delà de la date d'effet de la résiliation.

A compter de sa date de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit à ne plus solliciter le tiers payant.

Article 41 – Télétransmission

Les bénéficiaires sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie et bénéficient des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur Caisse d'Assurance Maladie dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes. Ces échanges les dispensent de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils ne les dispensent pas de l'envoi à la Mutuelle de factures d'honoraires ou de toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessitées pour les besoins du traitement de leurs dossiers par la Mutuelle. Ils ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance Maladie, en exprimant leur refus au moyen d'une simple lettre adressée à la Mutuelle qui s'engage à communiquer à leur Caisse d'Assurance Maladie cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

Article 42 - Informatique et Liberté

Les informations recueillies sur le bulletin d'adhésion sont enregistrées dans un fichier informatisé par Choralis - Mutuelle Le Libre Choix pour la gestion de votre dossier adhérent.

Elles sont conservées pendant 3 ans après la résiliation de votre contrat et sont destinées au service gestion de la Mutuelle.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant notre Délégué à la Protection des Données :

- soit en écrivant au siège de la Mutuelle,
- soit par courrier électronique : cil@lelibrechoix.fr

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Article 43 - Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située au 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Article 44 : Réclamation et médiation

En cas de désaccord, les adhérents ou leurs ayants-droit ont la possibilité d'adresser une réclamation (courrier, mail, téléphone ou en agence) au service interne de la mutuelle :

Mutuelle Le Libre Choix

Boulevard de l'Europe
CS 30143
59602 MAUBEUGE Cedex
contact@lelibrechoix.fr
03.27.53.19.90

Une réponse leur sera adressée sous 10 jours ouvrés.

Si l'insatisfaction demeure, le recours interne est la solution de 2^{ème} niveau dès lors que la réclamation, que l'adhérent a adressée, s'est révélée à son sens infructueuse.

La demande de recours interne doit être obligatoirement formulée par écrit par courrier recommandé avec AR. Cette demande devra obligatoirement comprendre un exposé des motifs de désaccord ainsi que le cas échéant les références des courriers de réponse précédemment envoyés ou à défaut les copies des dits-courriers.

Mutuelle Le Libre Choix
Secrétariat Général – Recours interne
Boulevard de l'Europe
CS 30143
59602 MAUBEUGE Cedex

A réception de la demande de recours interne, une réponse sera apportée sous 10 jours ouvrés par courrier recommandé avec AR.

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par la mutuelle, les adhérents ou leurs ayants-droit peuvent avoir recours au médiateur de la Fédération Nationale de Mutualité Française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'attention de :

Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française
Fédération Nationale de Mutualité Française
255 Rue Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

- soit via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- soit directement via le site internet <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>

Le service de médiation est entièrement gratuit.

Le médiateur rend un avis motivé dans les 3 mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas 3 mois dont les parties à la médiation devront être informées. Il s'agit d'un avis rendu en droit et/ou en équité.

La charte de médiation est envoyée sur simple demande adressée à la mutuelle. Elle est également consultable sur le site internet de la mutuelle www.lelibrechoix.fr ou sur celui de la Fédération Nationale de Mutualité Française www.mediateur-mutualite.fr

Article 45 : Répétition de l'indu

Les prestations versées à tort par la Mutuelle font l'objet d'action à répétition dans les conditions prévues aux articles 1235 et 1376 et suivants du Code Civil dans les 2 années qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la Mutuelle.