

CONTRATS INDIVIDUELS SMILE



REGLEMENT MUTUALISTE

VALIDE PAR L'ASSEMBLEE GENERALE DU 19/06/2025

REGLEMENT MUTUALISTE

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, le règlement mutualiste de la SMIE Mutuelle définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle.

En conséquence, ce règlement est opposable à tous les membres participants qui ont souscrit une couverture individuelle auprès de la Mutuelle.

Les dispositions légales et réglementaires, et notamment des articles L. 221-1 à L. 221-17 du Code de la mutualité, prévalent sur le présent document.

Ce que vous devez savoir avant de vous engager
Informations précontractuelles en cas de vente à distance
(En référence à l'article L221-18 du Code des Assurances)

Les contrats individuels visés par le présent règlement mutualiste sont assurés par la SMIE Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du code de la Mutualité, située au 67 rue Anita Conti – Parc d'activité Laroiseau II – 56000 Vannes, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n°407 879 709.

L'autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de la SMIE Mutuelle.

Le montant de la cotisation, fixé à la souscription, est calculé en fonction de l'âge du membre participant, et le cas échéant de ses ayants-droit, de la composition familiale, du niveau de couverture choisi, du lieu de résidence.

La cotisation est payable d'avance. Le Membre participant peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Les garanties prévues par le Contrat sont des garanties « frais de santé » qui ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre participant et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie-maternité.

Les limites de garanties prévues par les Contrats sont celles prévues par l'article 36 du présent Règlement mutualiste.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé.

La souscription se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le Membre participant.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de Membre participant. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions internet seront supportés par le Membre participant et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter, soit du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est conclu. Pour cela il lui suffit d'adresser à la SMIE Mutuelle, 67 rue Anita Conti – Parc d'activité Laroiseau II – 56000 Vannes, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom / prénom), n° de contrat Demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à ma garantie et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours, la restitution de l'intégralité de ma cotisation, soit Fait à, le Signature »

Les relations précontractuelles et contractuelles avec la SMIE Mutuelle sont régies par le droit français.

La SMIE Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

En cas de réclamation, les Bénéficiaires peuvent contacter :

- En première instance : le Service en charge de la gestion des réclamations, situé au siège social de la SMIE Mutuelle - 67 rue Anita Conti – Parc d'activité Laroiseau II – 56000 Vannes, par tout canal de communication à sa disposition (courrier, adresse mail : smie.morbihan@smie-os.fr. Fax : 02.97.47.00.87)

La SMIE Mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours si, après épuisement de toutes les procédures internes de la SMIE Mutuelle, un désaccord subsiste, et que les bénéficiaires n'ont pas saisi les tribunaux, ils auront la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMNF) dont les coordonnées sont les suivantes :
 - o Courrier : FNMNF – Monsieur le Médiateur – 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15
 - o Site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

L'avis du médiateur de la FNMNF sera écrit et motivé. Il sera communiqué à la SMIE Mutuelle qui sera tenue de s'y conformer.

Sommaire

Titre I – DISPOSITIONS GENERALES	5
Article 1 - Objet	5
Article 2 - Modifications du règlement	5
Article 3 - Garanties proposées par la SMIE Mutuelle	5
Article 4 - Obligation d'information	5
Titre II – L'ADHESION	6
Article 5 - Adhésion	6
Article 6 - Bénéficiaires des garanties	8
Titre III – MODALITES DE RESILIATION, RADIATION ET SUSPENSION.....	8
Article 7 – Résiliation	8
Article 8 - Radiation des ayants droit.....	10
Article 9 - Radiation pour fausses déclarations intentionnelles	10
Article 10 - Cas particuliers des fausses déclarations non intentionnelles	10
Article 11 - Suspension	11
Article 12 - Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension.....	11
Article 13 - Délai de rétractation en cas de vente à distance	11
TITRE IV - COTISATIONS.....	12
Article 14 - Fixation des cotisations	12
Article 15 - Régularisation de cotisation.....	12
Article 16 - Modulation des cotisations	12
Article 17 - Modalités de paiement des cotisations	12
Article 18 - Non-paiement des cotisations	13
TITRE V – GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE – GAMME « SMILE »	12
SECTION 1 - Délais de stage	13
Article 19 - Ouverture de droits	13
Article 20 - Changement de garantie en cours d'année	13
SECTION 2 - Prestations accordées par la mutuelle.....	14
Article 21 - Etendue des prestations	14
Article 22 - Conditions de remboursement	15
Article 23 - Respect de la Charte des Contrats Responsables.....	16
Article 24 - Prescription	16
Article 25 - Ticket modérateur.....	16
Article 26 - Carte Vitale.....	16
Article 27 - Carte de Tiers Payant.....	16
Article 28 - Devis dentaires	17
Article 29 - Tiers Payant	17
Article 30 - Prestations supplémentaires.....	17
Article 31 - Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours.....	19
Article 33 - Fonds social	20
SECTION 3 - Accident de droit commun	19
Article 34 - Subrogation.....	20
SECTION 4 - Accident du travail	19
Article 35 - Recours	20
SECTION 5 - Champ d'application des garanties.....	19
Article 36 - Risques hors du champ d'application des garanties	20
SECTION 6 - Divers	20
Article 37 - Réclamations / Médiation.....	20
Article 38 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	21
Article 39 - Loi applicable	21
Article 40 - Informatique et libertés.....	21
Article 41 - Désignation de l'organisme de contrôle	21
SECTION 7 - Tableaux des cotisations.....	21
Article 42 – Gamme « Smile » régime général Assurés Sociaux- Régime TNS.....	21

Titre I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Objet

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure les garanties souscrites par ses membres participants, dans le cadre d'opérations individuelles. Les dispositions du présent règlement s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droits inscrits en tant que tels lors de l'adhésion.

Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la SMIE Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts.

Il est élaboré par le Conseil d'Administration et ratifié par l'Assemblée Générale.

Il est régi par le Code de la Mutualité.

Les dispositions d'application dudit Code ainsi que les dispositions légales et réglementaires non prises en compte dans le présent règlement en raison de leur date de parution s'appliqueront de plein droit, dès lors qu'elles auront un caractère d'ordre public.

Elles feront l'objet ultérieurement d'adaptations par l'Assemblée Générale de la SMIE Mutuelle.

Article 2 : Modifications du règlement

Les modifications du Règlement sont proposées par le Conseil d'Administration, approuvées par l'Assemblée Générale et portées à la connaissance des membres participants et honoraires par une mise à disposition permanente sur le site de la SMIE Mutuelle : www.mutuellesmie.com

Elles s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès cet instant.

Les modifications des garanties et règlements, sont notifiées aux membres participants sur le site de la SMIE Mutuelle : www.mutuellesmie.com

Le Règlement est disponible sur le site internet www.mutuellesmie.com et peut être adressé à chaque membre sur simple demande de sa part.

Article 3 : Garanties proposées par la SMIE Mutuelle

Les garanties constituent les prestations donnant lieu à un remboursement, selon l'option contractuelle souscrite.

Les garanties proposées par la SMIE Mutuelle selon les branches pour lesquelles elle a été agréée, visent :

- Le remboursement ou la prise en charge des frais de santé, « Garantie Complémentaire Santé » ;

Conformément aux dispositions des articles L.116-1 et suivants du Code de la Mutualité, la mutuelle peut proposer des garanties dont le risque est porté par un autre organisme, dont :

- La garantie UNMI « CODA – Contrat à Option Décès – Arrêt de Travail » ;
- La garantie UNMI « Capital Transmission ».
- La garantie UNMI « Obsidem »
- La garantie UNMI « Assurance dépendance »
- La garantie UNMI-CNP « Contrat Capital Décès »
- La garantie UNMI Obsèques
- La garantie UNMI Décès IAD
- La garantie UNMI Accident (version 2021),
- La garantie UNMI Hospitalisation
- La garantie RMA « Assistance »

D'autres types de garanties peuvent être présentés pour le compte de tiers (institutions de prévoyance, organismes d'assurance relevant du Code de la Mutualité ou du Code des Assurances, unions adhérentes à la FNMF)

Les membres participants peuvent y souscrire librement et en connaissance de cause, auprès du tiers concerné par l'intermédiaire de la SMIE Mutuelle.

Article 4 : Obligation d'information

4.1 - Informations préalables

Conformément à l'article L 221-4 du Code de la Mutualité, la SMIE Mutuelle fournit aux futurs membres participants, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion ainsi qu'une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

Le futur membre participant peut également consulter librement les Statuts et Règlements de la SMIE Mutuelle sur le site Internet de la Mutuelle : www.mutuellesmie.com

Le futur membre participant pourra également recevoir, s'il en fait la demande, les Statuts et Règlements de la SMIE Mutuelle.

L'article L.221-4 du Code de la Mutualité prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise de ces documents ainsi que le délai qui doit s'être écoulé entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion.

Ils sont informés :

- Des modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations. Ces modifications s'imposent dès leur notification.
- Des services et établissements d'action sociale, gérés par la Mutuelle et de ceux auxquels ils peuvent avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du Code de la Mutualité.
- Des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent

4.2 - Informations préalables, en cas d'opérations vendues à distance

En cas de vente à distance, l'article L.221-18 du Code de la Mutualité précise les informations devant être transmises au futur membre participant, avant son adhésion.

Ces informations sont pour l'essentiel :

- La dénomination de la mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIRENE, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ;
- Le montant total de la cotisation ;
- La durée de validité du bulletin d'adhésion qui est de deux mois pour les bulletins émis par la SMIE Mutuelle ;
- Les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables ;
- L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée ;
- Le membre participant doit également être informé du montant de cotisation que la mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation. En effet, si le membre participant qui demande une prise d'effet immédiate de sa garantie utilise son droit à renonciation, il sera redevable envers
 - La SMIE Mutuelle d'une somme équivalente aux services effectivement fournis par la mutuelle s'élevant au minimum à un mois de cotisation.

4.3 - Informations spécifiques aux communications par téléphonie vocale

En cas de communication par téléphonie vocale, l'interlocuteur salarié de la SMIE Mutuelle doit indiquer sans équivoque, au début de toute conversation avec le futur membre participant, le

nom de la mutuelle ainsi que le caractère commercial de l'appel.

La personne en contact avec le membre participant doit, en outre, préciser son identité et son lien avec la mutuelle.

Titre II – L'ADHESION

Article 5 - Adhésion

5.1 - Modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code de la Mutualité, l'engagement réciproque du membre participant et de la SMIE Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du présent règlement. La mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- La date d'adhésion et la date d'effet du contrat ;
- Les bénéficiaires du contrat ;
- Les conditions d'entrée en vigueur de la garantie ;
- Les montants ou taux et assiettes de cotisations ;
- Les options de garantie choisies.

Etant précisé que pour la garantie SMILE, les garanties du membre participant s'appliquent de la même façon à l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Est annexé au bulletin d'adhésion, le détail des prestations garanties au titre du contrat

5.2 - Effets de l'adhésion

Le membre participant s'engage au paiement de la cotisation statutaire. L'encaissement du paiement déclenchera la prise en compte de l'adhésion. La périodicité de paiement mensuel n'est possible que par prélèvement.

En cas d'adhésion en cours d'année, les cotisations ne seront dues qu'au prorata de la période restant à courir.

Lorsque l'adhésion est familiale, le bulletin est signé par le membre participant.

En tout état de cause, les soins, dont les dates sont antérieures à la date d'effet, ne pourront donner lieu à paiement. Il en est de même en cas de renouvellement des prestations de pharmacie, de renouvellement d'actes de soins quels qu'ils soient et de prescriptions de lentilles.

En adhérant à la SMIE Mutuelle, le membre participant devient membre de droit de la SMIE Mutuelle

En adhérant à la SMIE Mutuelle, le membre participant aura accès à la garantie de RMA - Assistance

5-3 – Date d'effet – Durée de l'adhésion

La demande d'adhésion signée implique l'affiliation pour l'année civile complète et la couverture de tous les bénéficiaires déclarés, entrant dans le champ d'application de l'article 6 du présent règlement.

L'engagement contractuel du membre participant prendra effet le premier jour du mois qui suit la demande d'adhésion :

- Le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion complet,
- Le lendemain de la date d'envoi du bulletin d'adhésion complet par courrier, cachet de la poste faisant foi

Pour être complet, ce dernier devra comporter :

- La demande d'adhésion complétée et signée valant bulletin d'adhésion,
- Une photocopie de l'attestation papier « carte vitale » et le cas échéant celle des bénéficiaires,
- Une copie recto verso de la CNI ou du passeport de chaque ayants-droit,
- Un relevé d'identité bancaire (pour le versement des prestations),
- Un mandat de prélèvement SEPA (daté, signé et complété) ainsi qu'un RIB si ce dernier est différent du précédent et si ce mode de règlement est choisi
- Les deux exemplaires du formulaire Contrat Loi Madelin (datés et signés) pour les travailleurs non salariés,
- Le cas échéant, l'attestation de déclaration de vie commune (complétée et signée) ou une attestation de PACS,
- Le cas échéant, une photocopie de l'extrait K bis ou des statuts de l'entreprise,
- Le certificat de radiation (à retourner au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à la SMIE Mutuelle) ou la photocopie de la carte du précédent organisme complémentaire.

La date d'effet de l'adhésion d'un enfant nouveau-né d'un membre participant correspondra à sa date de naissance si l'enfant est inscrit dans ses trois (3) premiers mois. Au-delà, l'adhésion sera effective le premier jour du mois qui suit la demande d'adhésion.

5.4 – Particularités d'une adhésion en ligne

L'adhésion réalisée grâce au site internet de la SMIE Mutuelle, ne sera effective que lorsque le membre participant aura retourné à la SMIE Mutuelle, dans un délai de 30 jours à compter de la date de la demande de souscription : son bulletin d'adhésion complété et signé (accompagné des pièces annexes).

Seuls ces éléments rendront l'adhésion effective.

A défaut de réception des documents, l'adhésion ne pourra être recevable.

L'engagement contractuel du membre participant prendra effet au plus tôt, le 1er jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion.

La périodicité de paiement ne pourra être que mensuelle et s'effectuera par prélèvement automatique.

5.5 - Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion à la SMIE Mutuelle est reconduite tacitement d'année en année, sauf démission, radiation ou exclusion.

En application de la Loi Châtel N° 2005-67 du 28 janvier 2005, pour les adhésions à tacite reconduction, relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuelle.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

5.6 - Obligations d'information du membre participant après son adhésion

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son contrat individuel. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux Statuts et Règlements.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer la SMIE Mutuelle, dans un délai de deux (2) mois, de toutes les modifications concernant :

- Son état civil ;
- Son adresse ;
- Sa situation matrimoniale ;
- Sa situation familiale ;
- Son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires;
- Ses coordonnées bancaires ;
- Et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour la mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications accompagnées de tout justificatif attestant de la nouvelle situation et fournies par le membre participant seront prises en compte par la SMIE Mutuelle.

Article 6 - Bénéficiaires des garanties

6.1 - Membres participants

Les membres participants qui acquittent leurs cotisations et bénéficient de prestations en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Par bénéficiaires, il faut entendre le membre participant et les ayants droit par lui désignés lors de la signature du bulletin d'adhésion à savoir :

- Son conjoint :
 - Époux légitime ;
 - Concubin reconnu, tel que défini par l'article 515-8 du Code Civil, ayant fait une déclaration de concubinage ;
 - Partenaire, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- Ses enfants à charge ;

6.2 – Ayants-droit

Sont considérés comme ayants-droit de l'adhérent :

- Le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés).
Un justificatif de domicile; sous la forme d'une quittance de loyer ou d'une facture d'électricité de moins de 3 mois ; mentionnant le nom de l'assuré principal et celui de son concubin devra être adressé à la Mutuelle.
- Le cocontractant d'un pacte civil de solidarité, sur présentation d'un récépissé de l'enregistrement du pacte civil de solidarité
- Les enfants à charge au sens de l'article L.161-1 du code de la Sécurité Sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à 80% et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion ;
- A la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge, et les ascendants, descendant et collatéraux, à condition qu'ils soient également inscrits comme ayants droit au régime obligatoire.

Titre III – MODALITES DE RESILIATION, RADIATION ET SUSPENSION

Article 7 – Résiliation

7.1 - Résiliation annuelle

Dans le respect des dispositions de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la SMIE Mutuelle ou en déposant contre décharge sa demande au moins 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle toutes les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé auprès desquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de sa radiation.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge de frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

7.2 Cas particulier des personnes décédées

En cas de décès d'un membre participant, la copie de l'acte de décès doit être transmise à la SMIE Mutuelle pour que la radiation puisse être prise en compte.

La radiation interviendra le premier jour suivant la date du décès.

Le remboursement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru s'effectuera sur demande écrite formulée par la ou les personne(s) ayant qualité à agir et au vu d'une attestation de porteur ou d'un certificat d'hérédité.

La période pendant laquelle le risque n'a pas couru débute au 1^{er} jour du mois suivant le décès. De fait, les cotisations du mois au cours duquel est intervenu l'évènement sont dues dans leur intégralité

7.3 – Résiliations exceptionnelles

7.3.1 – Cadre Général

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de situation matrimoniale ;
- Changement de régime matrimonial ;

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties (membre participant ou SMIE Mutuelle)

lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

Autrement dit, si le changement de situation n'impacte pas le montant des cotisations ou le paiement des prestations, il ne pourra pas être invoqué pour solliciter une radiation en cours d'année.

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

La résiliation prend effet le 1er jour du mois suivant la réception de toutes les pièces justificatives par la SMIE Mutuelle.

La SMIE Mutuelle remboursera 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 et déduction faite des prestations éventuellement servies dans le respect du principe de compensation des créances réciproques prévu à l'article 22.2.

Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.

La partie qui fait la demande de résiliation doit produire toutes pièces justificatives au soutien de son action par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la SMIE mutuelle. Elle doit démontrer que le fait invoqué constitue, dans la situation nouvelle, une circonstance pénalisante eu égard aux avantages ouverts par la garantie souscrite.

Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge de frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant

7.3.2 – Résiliation pour Complémentaire santé Solidaire (Ancienne CMU-C Solidaire)

Lorsqu'un membre participant obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale (Complémentaire Santé Solidaire – CSS), qui est venue remplacer la Couverture Maladie Universelle (CMU-C Solidaire), il obtient à sa demande la résiliation totale de la garantie initialement souscrite auprès de La Mutuelle.

Pour ce faire, le membre participant doit adresser à la SMIE Mutuelle, sa demande de radiation au titre de la CSS en recommandé avec accusé de

réception accompagnée de l'attestation de droits à la CSS délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CSS, accompagnée des pièces justificatives susvisées, est adressée dans les (3) trois mois suivant l'obtention de l'attestation, la radiation du contrat sera effective au 1er jour de l'acquisition de la CSS.
- Si des prestations ont été versées, une compensation réciproque entre les cotisations versées et les prestations servies, pourra s'opérer ou un remboursement des prestations versées sera réclamé à l'adhérent concerné.
- Si la demande de radiation pour bénéfice de la CSS est adressée complète plus de (3) trois mois après son obtention, la radiation du contrat sera effective le 1er jour du mois suivant la réception de la demande de radiation complète. La SMIE Mutuelle remboursera 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 et déduction faite des prestations éventuellement servies dans le respect du principe de compensation des créances réciproques prévu à l'article 22.2.

Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.

Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue, qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant

7-4 - Demande de résiliation pour contrat collectif obligatoire

Les membres participants bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire par leur entreprise ne peuvent invoquer ce motif pour solliciter leur radiation en cours d'année.

En effet, dans le cadre des régimes mis en place par décision unilatérale, l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin », indique qu'aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place d'un système de garanties collectives obligatoire, ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.

En conséquence, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime il peut y renoncer jusqu'à l'échéance de son contrat individuel.

De plus, dans le cas des régimes mis en place dans les conditions fixées par l'article L 911-1 du Code de la Sécurité Sociale (accord d'entreprise, référendum et décision unilatérale) le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 a créé l'article R 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale, qui indique que l'acte juridique mettant en place le régime obligatoire peut sans remise en cause du caractère obligatoire du régime, prévoir une dispense d'affiliation au régime pour les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de leur embauche si elle est postérieure.

Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

En conséquence, sans remise en cause du caractère obligatoire du contrat collectif existant dans leur entreprise, les membres participants ont la faculté de rester couverts par nos garanties jusqu'à l'arrivée de l'échéance annuelle de leur contrat, soit le 31 décembre de l'année en cours.

Article 7.5 : Résiliation Infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité et de la réglementation afférente, le membre participant bénéficie d'un droit à résiliation infra-annuelle dès lors que le contrat concerné, a pris effet depuis plus de 12 mois, conformément aux modalités et conditions d'application fixées par décret en Conseil d'État.

Article 8 - Radiation des ayants droit

8.1 - Cadre général

A chaque échéance annuelle, en envoyant sa demande au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet l'année suivante, au moment du renouvellement du contrat soit le 1er janvier.

En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droits. Cette radiation prendra effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par la SMIE Mutuelle, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives.

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la mutuelle les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.

8.2 - Cas particulier des ayants droits séparés du membre participant

Dans certains cas exceptionnels, l'ayant droit majeur, peut demander sa radiation sur présentation des justificatifs afférents à sa situation (séparation, départ du foyer, mariage, changement de situation.) Cette radiation exceptionnelle aura lieu au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception, par la SMIE Mutuelle, de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives et sera signalée par écrit au membre participant.

L'ayant droit majeur radié dans ce cadre devra restituer sa carte de tiers payant à la SMIE Mutuelle et informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance de frais.

Article 9 - Radiation pour fausses déclarations intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité (article 1108 du Code Civil), la garantie accordée au membre participant par la SMIE Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la SMIE 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 SMIE Mutuelle qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 10 - Cas particuliers des fausses déclarations non intentionnelles

Conformément aux dispositions de 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 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 dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La SMIE Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le

membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application de ces dispositions.

Article 11 - Suspension

Le membre participant ou l'un de ses ayants droit est dispensé du paiement de ses cotisations en cas entre autres, de mobilisation, de captivité, d'incarcération, de départ à l'étranger pour une période supérieure ou égale à trois (3) mois pour des raisons professionnelles ou pour y suivre un cycle universitaire... Il n'aura pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle pendant cette période et le paiement de ses cotisations sera suspendu.

La suspension du contrat interviendra au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception, par la SMIE Mutuelle, de la demande de suspension accompagnée de toutes les pièces justificatives et de toutes les cartes de tiers payant en cours de validité.

Le membre participant ou l'ayant droit dont le contrat est suspendu, bénéficiera de plein droit des avantages de la Mutuelle, dès son retour pourvu qu'il en fasse la demande à la SMIE Mutuelle et s'acquitte de ses cotisations, à partir de cette date.

Toutefois, les bénéficiaires d'un membre participant mobilisé, incarcéré, en captivité ou à l'étranger ont la possibilité de rester adhérents à la Mutuelle comme membres participants, de cotiser et de bénéficier ainsi des avantages de la Mutuelle.

Article 12 - Conséquences de la résiliation, de la radiation, de la suspension

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou pendant la période de suspension.

L'utilisation de la carte de tiers payant pendant une période de suspension ou après une radiation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices soufferts, par tous moyens légaux à disposition de la SMIE Mutuelle. La SMIE Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, le membre participant radié pour des faits ayant causé un préjudice à la SMIE Mutuelle ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre), sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Article 13 - Délai de rétractation en cas de vente à distance

13.1 - Champs d'application

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

En ce qui concerne les opérations d'assurances dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (article L.111-1-I-1°-b du Code de la Mutualité), le délai précité est porté à 30 jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion

Les contrats pour lesquels s'applique le délai de rétractation mentionné à l'article L.121-20-12 du Code de la Consommation, ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans la demande expresse du membre participant.

Lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel du service effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité.

13.2 - Délais et modalités de restitution en cas de vente à distance

Conformément aux dispositions de l'article L.121-20-13. II du Code de la Consommation, la SMIE Mutuelle est tenu de rembourser au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du paiement proportionnel du service financier effectivement fourni et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la SMIE mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

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

La rétraction du membre participant peut être rédigée sur papier libre selon le modèle ci-après :
« Je soussigné(e) (nom / prénom), n° de contrat Demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à ma garantie et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours, la restitution de l'intégralité de ma cotisation, soit
Fait à, le
Signature »

TITRE IV - COTISATIONS

Article 14 - Fixation des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L.112-1 du Code de la Mutualité.

La tarification est fixée par branches d'activités pour lesquelles la Mutuelle a été agréée.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture des prestations assurées directement par la SMIE Mutuelle.

A chaque échéance annuelle, le montant ou le taux de cotisation est susceptible d'évoluer.

Cette cotisation inclut également :

- Les prélèvements spéciaux destinés à des organismes fédérateurs dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
- Les taxes étatiques
- Le résultat de la couverture santé, constaté en clôture d'exercice ;
- L'estimation des dépenses de prestations évaluées pour l'année suivante au regard de la consommation de l'année et de ses perspectives d'évolution selon les indicateurs suivis ;
- L'évolution des effectifs protégés

Article 15 : Régularisation de cotisation

Toute régularisation de cotisations en cas d'erreur imputable à la Mutuelle ne peut excéder le délai de deux ans.

Article 16 - Modulation des cotisations

Selon la garantie souscrite et dans le respect des dispositions de l'article L.112-1 du Code de la Mutualité, le montant des cotisations est modulable en fonction :

- Du nombre d'ayants droit ;
- Ou de l'âge des participants ;
- De l'ancienneté.

La cotisation est déterminée d'après le nombre de bénéficiaires composant la famille : le membre participant et, éventuellement, ses ayants droit.

Elle est forfaitaire et calculée en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire. Toute modification de cette situation doit faire l'objet d'une déclaration à la mutuelle.

La cotisation est calculée en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire selon l'âge au 1^{er} janvier de l'année.

La cotisation peut être gratuite selon la garantie souscrite, pour le nouveau-né ou l'enfant adopté à compter du 3^{ème} enfant si tous les enfants couverts par la garantie ont moins de 18 ans.

L'adhésion du nouveau-né ou de l'enfant adopté court à compter du jour de sa naissance ou de son adoption ;

Dans l'hypothèse où les tarifs d'autorité, les tarifs de convention ou les taux de prise en charge de la Sécurité Sociale, pour une prestation ou une série de prestations seraient modifiés en cours d'année, la SMIE Mutuelle proposera soit :

- De modifier la cotisation due, afin de maintenir le même niveau de garanties telles que décrites aux conditions particulières du contrat ;
- De modifier le niveau de garanties, afin de maintenir le montant de la cotisation due.

De même, dans l'hypothèse de la création ou de l'évolution de taxes étatiques en cours d'année, la SMIE Mutuelle proposera soit :

- De modifier la cotisation due, afin de maintenir le même niveau de garanties telles que décrites aux conditions particulières du contrat ;
- De modifier le niveau de garanties, afin de maintenir le montant de la cotisation due.

Article 17 - Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance au 31 décembre de l'année en cours. Elle est due au premier janvier ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat. Toutefois, pour tenir compte des débours qu'elle représente, son paiement peut être fractionné sans majoration. Tout acompte engage au règlement de la totalité de la cotisation de l'année considérée ; le paiement fractionné ne

correspondant en aucun cas à une période de couverture.

Tout retard dans le paiement pourra entraîner une suspension de la garantie et des prestations.

La cotisation étant due pour l'année civile, elle reste en principe due et acquise à la SMIE Mutuelle pour l'ensemble de la période.

Exceptionnellement, il pourra être procédé à un remboursement au « prorata temporis » (en produisant les justificatifs nécessaires, à compter du mois civil suivant la demande de résiliation), dans les cas énoncés à l'article 8.2 du présent règlement. Le remboursement de la portion de cotisation due interviendra le premier mois de l'année civile suivant la demande de résiliation.

Lorsqu'il est fractionné, le paiement de la cotisation est acquitté par prélèvement bancaire ou postal.

Le prélèvement automatique annuel, semestriel, trimestriel, mensuel est exécuté sans frais à terme à échoir conformément aux dates inscrites sur l'échéancier communiqué au débiteur de la cotisation :

- Mensuel en 12 prélèvements ;
- Trimestriel en 4 prélèvements ;
- Semestriel en 2 prélèvements ;
- Annuel en 1 prélèvement.

Le paiement mensuel n'est autorisé que par prélèvement bancaire ou postal. Le montant de la cotisation s'exprime en euros.

Article 18 - Non-paiement des cotisations

Pour prétendre aux prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations à la date du fait générateur du droit à garantir (date des soins, date du décès, etc.)

A 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 contractuel en justice, la SMIE Mutuelle enverra une lettre de rappel au membre participant ne remplissant pas ses obligations.

En cas de non-paiement dans un délai de dix (10) jours suivant l'envoi de la lettre de rappel, conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, la SMIE Mutuelle enverra une lettre de mise en demeure au membre participant ne remplissant toujours pas ses obligations.

A l'expiration du délai de trente (30) jours après la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, sans pour autant libérer le membre participant du paiement des cotisations, du remboursement des

prestations servies à tort et de poursuites judiciaires éventuelles, dans les conditions prévues dans les Statuts et règlements.

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

Dix (10) jours après l'expiration du délai susvisé, la SMIE Mutuelle pourra résilier ses garanties.

La cotisation dont le paiement est poursuivi est majorée du montant des frais de gestion afférents à la procédure engagée.

Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

A partir du moment où l'intégralité des sommes dues par le membre participant est réglée, la garantie non résiliée reprendra effet à compter de la date où elle a été suspendue, sauf décision différente de la SMIE Mutuelle.

En cas de rejet de prélèvement automatique, des frais de rejet seront imputés sur le compte cotisant du membre participant.

Le second rejet de prélèvement automatique entraînera l'arrêt du règlement par prélèvement.

A la reprise du contrat, le paiement trimestriel sera la nouvelle périodicité de règlement, qui se fera par chèque ou par mandat, sauf décision contraire.

TITRE V - GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE - GAMME « SMILE »

SECTION 1 - Délais de stage

Article 19 - Ouverture de droits

Le droit aux prestations prend effet :

- Immédiatement à la date de prise d'effet précisée à l'article I-2 du présent règlement, sous réserve de présenter un certificat de radiation de la précédente mutuelle ;

Article 20 - Changement de garantie en cours d'année

Article 20.1 – Changement vers une garantie supérieure

Après une année d'adhésion, un changement de garantie peut intervenir une fois par an, en cours d'année, vers une garantie supérieure, par la signature d'un nouveau contrat.

Dans ce cas, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la demande et

reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

La possibilité de changer à nouveau de garantie s'ouvrira après une période de douze mois minimums suivant le dernier changement de garantie opéré

Le changement de garantie du membre participant s'applique de la même façon à l'ensemble des bénéficiaires du contrat conformément à l'article 5.1 du présent règlement.

Article 20.2 – Changement vers une garantie inférieure

Après 3 années de contrat, un changement de garantie peut intervenir une fois par an, en cours d'année, vers une garantie inférieure, par la signature d'un nouveau contrat.

Dans ce cas, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande accompagnée de toutes les pièces justificatives sous réserve de la restitution de toutes les cartes de tiers payant en cours de validité.

La nouvelle garantie reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

Le changement de garantie du membre participant s'applique de la même façon à l'ensemble des bénéficiaires du contrat conformément à l'article 5.1 du présent règlement.

SECTION 2 – Prestations accordées par la Mutuelle

Article 21 - Etendue des prestations

21.1 - Cadre général

Le service des prestations est assuré pour les bénéficiaires d'une garantie souscrite auprès de la SMIE Mutuelle, dans le respect de l'article 38 du présent règlement.

Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur. Ainsi, la SMIE Mutuelle intervient en complément des prestations servies par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués en annexe du présent règlement, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe.

Toutefois, les taux de remboursement des frais de santé et forfaits, exprimés dans le présent règlement, tant pour le régime général que pour la mutuelle, correspondent, pour les consultations, les actes techniques, les analyses et la pharmacie, aux prestations versées uniquement dans le cadre du respect du parcours de soins coordonné, tel que défini par le décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005.

Les prestations garanties par la SMIE Mutuelle sont assurées dans les conditions suivantes :

- Seuls les frais médicaux, chirurgicaux et prestations supplémentaires dont la date des soins correspond à l'ouverture des droits à la garantie peuvent donner lieu à une prise en charge par la SMIE Mutuelle.
- Pour l'orthodontie et les prothèses dentaires, elles doivent remplir les conditions visées à l'article 30 du présent règlement. De même, la date des soins doit correspondre à l'ouverture des droits à la garantie pour donner lieu à une prise en charge par la SMIE Mutuelle.
- Pour les cures thermales, la prise en charge du ticket modérateur sera accordée pour les soins ainsi que pour l'hébergement et le transport, uniquement en cas d'accord du régime d'assurance maladie obligatoire. En cas de refus de prise en charge de l'hébergement et du transport par le régime d'assurance maladie obligatoire, ces derniers ne feront l'objet d'aucun remboursement de la part de la SMIE Mutuelle.

En France, les membres participants ont le libre choix du praticien parmi ceux inscrits au tableau de l'ordre des médecins, ainsi que de l'établissement de soins parmi ceux agréés par la Sécurité Sociale. Toutefois, la gratuité des soins ne s'étend aux différents éléments du tarif de responsabilité que si ce dernier résulte de conventions signées entre la Sécurité Sociale, le corps médical et les établissements de soins dont la liste est tenue à la disposition des membres participants auprès des caisses primaires d'assurance maladie.

Dans le respect des dispositions de l'article L 332-3 du Code de la Sécurité Sociale, lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les membres participants seront indemnisés par la SMIE Mutuelle sur production de justificatifs après participation des organismes d'assurance maladie obligatoires, sur la base tarifaire prévue par la législation française.

21.2 – Soins à l'étranger

L'article L332-3 du Code de la Sécurité Sociale dispose que « sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies. Toutefois, un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe énoncé ci-dessus dans le cas où :

- L'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen
- Lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état.

Dans le respect de cet article, lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les soins effectués dans un autre pays ne seront remboursés qu'après remboursement de l'organisme obligatoire. Tous les soins hors nomenclature ou les dépassements d'honoraires effectués à l'étranger ne seront pas pris en charge par la SMIE Mutuelle.

21.3 – Cas particulier des Actes de prévention

Les garanties, proposées par la SMIE Mutuelle, prennent en charge à hauteur du ticket modérateur, la participation des membres participants, pour deux prestations de prévention à choisir parmi la liste prévue à l'article R. 871-2. II du Code de la Sécurité Sociale.

Cette liste a été fixée par l'Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximums ;
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans ;
4. Dépistage de l'hépatite ;
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a. Audiométrie tonale ou vocale ;
 - b. Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - c. Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - d. Audiométrie tonale et vocale ;
 - e. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans ;
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b. Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c. Hépatite B : avant 14 ans ;

- d. BCG : avant 6 ans ;
- e. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f. Haemophilus influenzae B ;
- g. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Article 22 - Conditions de remboursement

22.1 Cadre général

Le remboursement des prestations s'effectuera exclusivement par virement bancaire.

22.1.1 – En cas de télétransmission

Lorsque le régime obligatoire d'un bénéficiaire ou un professionnel de santé télétransmet à la SMIE Mutuelle, ce dernier se verra allouer automatiquement la part complémentaire lui revenant.

22.1.2 – Hors cas de télétransmission

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant devra fournir le décompte de l'assurance maladie et/ou la feuille de facturation ou de la note d'honoraire acquittée (cachet et signature obligatoires) attestant le paiement, par courrier, par fax, par email ou via son espace adhérent.

22.2 Principe de compensation des créances réciproques

Dans le respect des dispositions des articles 1289 et suivants du Code Civil, lorsque le membre participant est redevable à la SMIE Mutuelle de prestations versées à tort pour son compte et que, parallèlement, la SMIE Mutuelle est redevable au membre participant de prestations correspondant à la garantie qu'il a souscrite, la SMIE Mutuelle se réserve le droit d'opérer des compensations sur les prestations à verser jusqu'au solde des prestations dues par le membre participant.

22.3 Recouvrement des prestations indûment perçues

En cas de prestations indûment reçues, la Mutuelle enverra une notification au membre participant.

En l'absence de régularisation par le membre participant dans un délai de 30 (trente) jours à compter de cette notification et dans le cas où la compensation des dettes réciproques prévues à l'article précédent ne trouverait à s'appliquer, la SMIE Mutuelle adressera une lettre de relance.

Une mise en demeure sera adressée si aucun recouvrement ou compensation ne sont intervenus à l'expiration d'un nouveau délai de 30 (trente) jours suivant la relance.

La Mutuelle se réserve le droit d'engager des procédures de recouvrement contentieux à l'issue d'un délai de 40 (quarante) jours suivant l'envoi de la mise en demeure.

Article 23 - Respect de la Charte des Contrats Responsables

En application des dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale tel que modifié par la loi n° 2014-892 du 14 août 2014 et le décret d'application n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, complété par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les garanties responsables doivent respecter un cahier des charges strict défini par les articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En application des dispositions de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie et du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
- La majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- Au moins 8 euros sur les dépassements d'honoraires pour toute consultation ou acte technique hors parcours de soins.

En application de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, sont également exclues des remboursements accordés par la mutuelle, les franchises médicales prévues à l'article L.322-2 III du Code de la Sécurité Sociale et fixées par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007.

Article 24 - Prescription

En application des dispositions de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations garanties par la SMIE 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la SMIE 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 SMIE 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.

Les demandes de paiement de prestations, décomptes (originaux) du régime d'assurance maladie obligatoire et factures acquittées doivent être produits dans un délai maximum de deux (2) ans à compter de la date des soins ou de facturation, sauf lorsque les délais de prescription légaux sont différents sont supérieurs à deux (2) ans (cf. prescriptions des hôpitaux, cliniques, sécurité sociale).

A l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations garanties par la SMIE Mutuelle.

Réclamation

Toute réclamation portant sur un paiement de la mutuelle doit obligatoirement être formulée par écrit et dans un délai d'un an à dater du décompte de la mutuelle ou de la date de mandatement du décompte commun établi par la Caisse Primaire d'Assurance maladie.

Article 25 - Ticket modérateur

Le ticket modérateur est défini par les articles L 322-2 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, il correspond à la partie restant à la charge du membre participant en fonction de la différence de remboursement entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

La Mutuelle y participe en fonction de la garantie souscrite.

Article 26 – Carte Vitale

Il s'agit d'une carte magnétique ayant remplacé la carte Sécurité sociale papier en juin 1999. Elle mentionne l'identité et le numéro d'assuré social ainsi que l'identité des ayants droit.

La Carte Vitale peut être mise à jour par le biais de bornes installées dans les CPAM.

Celle-ci peut également contenir des informations relatives au régime complémentaire souscrit auprès de notre organisme.

Article 27 – Carte de Tiers Payant

Il s'agit d'une carte portant les noms et numéros d'immatriculation des bénéficiaires, délivrée aux membres participants au moment du règlement de leur cotisation sous réserve qu'ils aient communiqué les coordonnées de leur régime obligatoire d'assurance maladie.

En cas de litige notamment par défaut de paiement des cotisations, la SMIE Mutuelle demande la restitution de la carte de tiers payant au membre participant. Si le retour de la carte n'est pas effectué dans les dix (10) jours suivant la demande, la Mutuelle peut la récupérer par voies de droit et demander le remboursement des tiers payants indûment engagés.

En cas de vol de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, au vu d'une demande faite par écrit.

En cas de perte de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, d'une demande faite par écrit.

Article 28 – Devis dentaires

A la demande des membres participants à jour de leurs cotisations ou de leurs praticiens (hors centres dentaires avec lesquels la SMIE Mutuelle a conclu une convention), la SMIE Mutuelle peut établir des devis dentaires.

Ces devis ne sont émis qu'à titre indicatif et n'ont aucune valeur contractuelle. La prise en charge par la mutuelle s'effectuera selon les modalités et conditions prévues par la garantie souscrite en vigueur lors de la réalisation effective des soins et dans la limite des frais réellement engagés par le membre participant.

Ainsi, si entre l'émission des devis et la réalisation effective des soins, le membre participant venait à changer d'organisme assureur, c'est ce dernier qui aurait à sa charge les prestations figurant sur les devis, selon la garantie souscrite auprès de ce nouvel assureur.

Article 29 - Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords nationaux ou départementaux passés avec les professionnels de santé et la SMIE Mutuelle, sur présentation de la carte d'adhérent délivrée par la mutuelle, en cours de validité,

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation, la pharmacie et selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires mutualistes ainsi que les opticiens.

Dans le cadre du tiers payant, la mutuelle s'acquitte auprès des établissements des frais engagés par l'adhérent et ses ayants droit et tarifés sur la base sécurité sociale, dans les limites prévues au présent règlement. La mutuelle n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance sociale dont relève l'adhérent.

La mutuelle a mis en place une procédure de prise en charge des frais (toujours dans la limite des prestations prévues) notamment avec les établissements hospitaliers. Cette prise en charge est délivrée par les services de la mutuelle, à la demande de l'établissement de soins.

La mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la Mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droit par le régime obligatoire.

Par ailleurs, sous réserve que le professionnel de santé le pratique, les Assurés de ce contrat bénéficient du mécanisme de tiers payant, au moins à hauteur du tarif de responsabilité des garanties concernées, dans les conditions énoncées à l'article 83 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Article 30 – Prestations supplémentaires

Les prestations supplémentaires ci-après définies varient selon les garanties souscrites.

Elles peuvent s'exprimer sous forme de taux du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, de taux du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ou de forfaits en euros.

Les forfaits sont annuels et par bénéficiaire, ils peuvent être réglés en une ou plusieurs fois à concurrence du montant prévu au sein de la garantie. Ils sont versés sur présentation de facture et/ou de décomptes et/ou de justificatifs dûment acquittés, dans le respect le cas échéant, des exclusions conventionnelles ou légales de garantie.

La colonne des tableaux des garanties inclut le remboursement du ticket modérateur et le supplément pris en charge par la SMIE Mutuelle.

1) Chambre particulière

Prise en charge du supplément de frais de séjour pour le choix d'une chambre particulière. Le montant de cette prestation est fonction de la garantie souscrite.

2) Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé. Sont exclus les établissements médicaux sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements pour personnes dépendantes (EHPAD).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, il est pris en charge intégralement par le régime complémentaire sans limitation de durée.

3) Frais d'accompagnant

Selon la garantie souscrite, pour les enfants de moins de 15 ans, la SMIE Mutuelle prend en charge les frais de lit et de repas, pour un accompagnant quel qu'il soit dans l'établissement de soins public ou privé. La prise en charge de cette prestation s'effectuera uniquement sur présentation de justificatifs pour le lit d'accompagnant en milieu hospitalier et les repas, à la seule condition que ces derniers soient pris dans l'enceinte de l'établissement hospitalier.

Une prise en charge des frais d'accompagnants sera également accordée dans le cadre d'hébergement des parents d'enfants hospitalisés au sein de structures annexes et spécialisées.

Le montant, les conditions et la durée de cette prestation sont déterminés au sein des garanties.

4) Forfait Médecine douce : Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncture

Pour être prises en charge dans la limite de la garantie souscrite, les séances doivent être réalisées par un médecin généraliste, un spécialiste ou par un ostéopathe, un étio-pathe, un chiropracteur, un homéopathe ou un acupuncteur.

Le praticien doit être enregistré dans un répertoire de type ADELI (Automatisation Des Listes), RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels intervenants dans le système de Santé) ou FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux),

5) Lentilles cornéennes non prises en charge par les organismes de Sécurité sociale

Pour les garanties couvrant les lentilles cornéennes refusées par le régime d'assurance maladie obligatoire, le remboursement sera effectué sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée. (Le délai de validité d'une prescription de lentilles cornéennes est de 3 an).

6) Orthodontie, Prothèses dentaires non remboursables et Hors Nomenclature

Dans certaines garanties, l'orthodontie et les prothèses dentaires provisoires et/ou définitives non remboursables par les régimes d'Assurance Maladie obligatoires et hors nomenclature, peuvent faire l'objet d'une couverture par la SMIE Mutuelle, selon les modalités suivantes :

- Pour l'orthodontie et les prothèses dentaires provisoires et/ou définitives non remboursables ou hors nomenclature, leur prise en charge sera décomptée dans la limite de la garantie souscrite.
- Seuls les actes codifiés « SPR » dans la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) sont considérés comme

des prothèses, Inlay ou Onlay et selon la CCAM dentaire (Classification Commune des Actes Médicaux)

- Le membre participant qui introduit une demande de remboursement de frais de prothèses provisoires et/ou définitives dans la situation qui vient d'être décrite, doit produire les justificatifs nécessaires. A défaut, il s'expose à supporter les conséquences du rejet de sa demande par la SMIE Mutuelle.

7) Appareillage

Appareillage, prothèse ou accessoires de prothèse ou d'orthopédie selon la garantie souscrite.

8) Forfait Cures Thermales

Si la garantie souscrite prévoit cette prestation, sont pris en charge les séjours en cures thermales et les soins y afférents sur présentation des justificatifs des frais engagés.

La prise en charge relative à cette prestation est fonction du taux prévu par la garantie.

Selon cette dernière, le forfait Cures Thermales est versé une fois par an et par bénéficiaire.

Les frais d'hébergement sont pris en charge sur présentation d'une facture acquittée des frais d'hébergement.

9) Forfait Sevrage Tabagique

Selon la garantie souscrite, sur présentation de factures acquittées et sur décompte de la Sécurité Sociale, la SMIE Mutuelle prend en charge les frais engagés pour l'achat de substituts et traitements nicotiques. Le montant du forfait versé est annuel et par bénéficiaire.

10) Forfait Contraception

Selon la garantie souscrite et sur présentation de factures acquittées accompagnées d'une prescription médicale, la SMIE Mutuelle prend en charge tout ou partie des frais engagés pour l'achat de tous moyens de contraception. Le montant du forfait versé est annuel et par bénéficiaire

11) Forfaits pris en charge selon les garanties

- Forfait vaccins contre les maladies suivantes :
 - L'hépatite A
 - La fièvre jaune
 - Le choléra
 - La Leptospirose
 - La méningite (méningite à méningocoques A, C, Y W135)
 - La rage
 - La fièvre typhoïde
 - L'Encéphalite Japonaise
 - L'Encéphalite à tiques (maladie de Lyme)
- Forfait monture optique, verres et lentilles cornéennes (acceptées Sécurité Sociale) :

La limitation en termes d'équipement vise la paire de lunettes, soit une monture et deux verres **tous les deux ans**.

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 ayant un déficit de vision de loin et de près et n'optant pas pour des verres progressifs ou multifocaux, il est possible de prendre en charge deux équipements sur la période de deux ans de référence, corrigeant chacun un des deux déficits, la précision étant que les règles de couverture (plancher, plafond, délai de renouvellement) s'appliquent individuellement à chaque équipement.

100% santé : La garantie distingue deux classes d'équipements optiques :

- la prise en charge des équipements de **Classe A** (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP1 après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) ;
- la prise en charge des équipements de **Classe B** « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. La prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verres, tels que précisés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de **deux ans**, appréciée à compter de la date d'acquisition.

Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

- Forfait lentilles cornéennes refusées Sécurité Sociale ;
- Forfait aides auditives :
100% santé : La garantie distingue deux classes d'aides auditives :
 - la prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que

définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels ;

- la prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») au moins à hauteur du ticket modérateur. La prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tel que précisé par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de **4 ans** après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- Forfait opération des yeux au laser (myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie...)
- Forfait Densitométrie ;
- Forfait Chiropractie ;
- Forfait Ostéopathie ;
- Forfait Etiopathie ;
- Forfait Homéopathie ;
- Forfait Acupuncture
- Forfait Sevrage tabagique
- Forfait Diététique - Equilibre alimentaire
- Forfait psychologue
- Forfait podologue -pédicure

Les forfaits ci-dessus, pris en charge selon la garantie souscrite, sont annuels et par bénéficiaire sauf pour l'optique.

Article 31 - Disciplines Médico-Tarifaires et Groupes Homogènes de Séjours

Les disciplines Médico-Tarifaires (D.M.T.) sont prises en charge par la SMIE Mutuelle, dans le domaine de l'hospitalisation générale publique et dans le domaine de l'hospitalisation spécialisée publique et privée suivant la nature de l'hospitalisation

Article 32 - Principe indemnitaire – Pluralité de débiteurs

I - Le remboursement des dépenses de maladie par la SMIE Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais à la charge effective du membre participant.

En aucun cas, les prestations servies par la SMIE Mutuelle ne pourront en s'ajoutant à celles de même nature, qui seraient servies par tout organisme d'assurance maladie obligatoire ou d'assurance ou de prévoyance, permettre à l'assuré de percevoir des sommes supérieures aux dépenses réellement engagées.

De ce fait, la SMIE Mutuelle est fondé à récupérer les sommes indûment versées par tous moyens légaux à sa convenance.

II - Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi dite « Evin » n°89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées

après de plusieurs organismes assureurs, elles produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou du membre participant, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul

Article 33 : Fonds social

Des aides financières exceptionnelles peuvent être accordées par le conseil d'administration aux familles, sous condition de ressources. Ces aides peuvent couvrir les frais d'articles ou de soins non remboursables par la Sécurité sociale, sauf dépassement d'honoraires et soins par des praticiens non conventionnés.

Le montant de ce fonds social est voté chaque année par l'assemblée générale pour être affecté dans le cadre des secours exceptionnels d'entraide.

SECTION 3 - Accident de droit commun

Article 34 - Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L 224-9 du Code de la Mutualité, la SMIE Mutuelle est subrogé de plein droit au membre participant ou au bénéficiaire 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 SMIE 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, 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 l'organisme mutualiste 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.

SECTION 4 – Accident du travail

Article 35 - Recours

Les prestations accordées par la SMIE Mutuelle dans le cadre des accidents du travail, se limitent

au remboursement du dépassement dans les limites prévues par la garantie souscrite.

Les dispositions des articles 33 et 34 s'appliquent également en cas de recours pour des prestations non prises en charge dans le cadre d'accidents relevant des législations relatives aux accidents du travail des salariés du Régime Général de Sécurité Sociale et des salariés relevant du Régime des Assurances Sociales Agricoles.

Ce recours s'effectue alors dans la limite des prestations qui auront été accordées par la mutuelle, en fonction du niveau de couverture du membre participant et en particulier lors de l'attribution de certaines prestations supplémentaires

SECTION 5 – Champ d'application des garanties

Article 36 - Risques hors du champ d'application des garanties

Sont hors du champ d'application des garanties de complémentaire santé :

- Les séjours :
 - En maison de retraite ;
 - En service chronique ;
 - En service long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie.
- Les soins consécutifs à la recherche d'un but esthétique ou de rajeunissement, sauf si le membre participant justifie d'une prise en charge par son régime d'assurance maladie obligatoire ;
- Les interventions consécutives à des malformations congénitales et leurs complications sauf s'il s'agit d'enfants inscrits dans les six (6) mois de leur naissance et si le Père, la Mère ou le Tuteur légal bénéficie des avantages de la SMIE Mutuelle.

SECTION 6 – Divers

Article 37 – Réclamations / Médiation

En cas de réclamation portant sur les contrats dont la SMIE Mutuelle est l'organisme assureur, le membre participant peut contacter, dans un premier temps, son interlocuteur habituel.

La SMIE Mutuelle informera, à la demande du membre participant, des modalités de saisine de chacun des niveaux de traitement des réclamations mis en place, notamment les coordonnées de la personne ou du service en charge du traitement des réclamations.

Lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées, et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée, le membre participant peut avoir recours au service du Médiateur désignée par la Fédération Nationale

de la Mutualité Française (dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales).

La saisine du Médiateur doit être réalisée par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'attention de Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF – 255 rue Vaugirard -75719 Paris cedex 15.

Cette saisine peut également se faire directement via le site internet : www.mediateur-mutualite.fr

Article 38 -Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux. A ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou participant au financement du terrorisme.

Article 39 – Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité.

Article 40 – Informatique et libertés

Les informations recueillis sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion des contrats conformément à l'objet de la Mutuelle.

En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne dont les données sont traitées par la Mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes), aux informations la concernant, pouvant être exercé par courrier (accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité) adressé à :

Correspondant Informatique et Libertés – SMIE
Mutuelle – 67 rue Anita Conti – Parc d'activité
Laroiseau II – 56000 VANNES

Article 41 – Désignation de l'organisme de contrôle

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout -75436 Paris Cedex 09.

SECTION 7 – Tableaux des prestations

Article 42 - GAMME « SMILE » - Régime Général Assurés Sociaux – Régime des Travailleurs Non-Salariés



CONTRATS INDIVIDUELS / TNS "SMILE"

01/01/2023

5 CONTRATS	RÉGIME OBLIGATOIRE	RO + RC SMILE 1	RO + RC SMILE 2	RO + RC SMILE 3	RO + RC SMILE 4	RO + RC SMILE 5
FRAIS MEDICAUX						
Consultations et visites généralistes/spécialistes OPTAM - OPTAM-CO	70% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	220% BRSS
Consultations et visites généralistes/spécialistes non OPTAM - non OPTAM-CO	70% BRSS	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	155% BRSS	200% BRSS
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	60% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	220% BRSS
Actes techniques et radiologie OPTAM - OPTAM-CO	70% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	220% BRSS
Actes techniques et radiologie non OPTAM -non OPTAM-CO	70% BRSS	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	155% BRSS	200% BRSS
Analyses, examens de laboratoire	60% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	220% BRSS
Ostéodensitométrie non remboursée par SS				40,00 € tous les 2 ans	60,00 € tous les 2 ans	80,00 € tous les 2 ans
Transport sanitaires (ambulances, VSL...)	65% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	220% BRSS
Frais pour soins supérieurs à 120 €		24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €
PHARMACIE						
Pharmacie à 65 %	65% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Pharmacie à 30 %	30% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Pharmacie à 15%	15% BRSS	15% BRSS	15% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
HOSPITALISATION						
Honoraires OPTAM - OPTAM-CO	70% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	220% BRSS
Honoraires non OPTAM - non OPTAM-CO	70% BRSS	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	155% BRSS	200% BRSS
Frais de séjour	80% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait journalier		100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Chambre particulière (1)			40,00 € / jour	60,00 € / jour	70,00 € / jour	80,00 € / jour
Frais d'accompagnant (2)			20,00 € / jour limité à 30 jours / an	25,00 € / jour limité à 30 jours / an	30,00 € / jour limité à 30 jours / an	35,00 € / jour limité à 30 jours / an
OPTIQUE		Choisissez votre niveau de remboursement (voir page suivante)				
DENTAIRE						
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX						
Actes 100% santé* - classe I (à compter du 01/01/2021) (3)						
Aide auditive - par appareil	60% BRSS	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Actes hors 100% santé* - classe II (3)						
Aide auditive - par appareil	60% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 500,00 € / prothèse	100% BRSS + 700,00 € / prothèse	100% BRSS + 900,00 € / prothèse
Autres actes						
Piles pour appareils auditifs	60% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Appareillage, orthopédie et autres prothèses	60% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	220% BRSS
CURE THERMALE						
Soins et frais de séjour	70% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais d'hébergement				230,00 € / séjour	270,00 € / séjour	300,00 € / séjour
PREVENTION ET MEDECINES DOUCES						
Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08 juin 2006	70% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Equilibre alimentaire-Diététique-Vie sans tabac- Psychologue-Podologue-Vaccins-Contraception féminine			90,00 € / an	110,00 € / an	140,00 € / an	170,00 € / an
Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, acupuncture...			30,00 € / acte limité à 60,00 € / an	30,00 € / acte limité à 90,00 € / an	30,00 € / acte limité à 120,00 € / an	30,00 € / acte limité à 150,00 € / an
ASSISTANCE SANTE		09 69 36 60 69	09 69 36 60 69	09 69 36 60 69	09 69 36 60 69	09 69 36 60 69

* Tels que définis réglementairement dans le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019

SS = Sécurité Sociale BRSS = Base de remboursement Sécurité sociale
RO = Régime obligatoire RC = Régime complémentaire OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

(1) limitée à 30 jours par an pour la psychiatrie et la convalescence

(2) pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes âgées de 66 ans et plus

(3) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de quatre ans, en tenant compte des années antérieures, dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Pour les équipements de classe I, le remboursement est limité au Prix Limites de Vente (PLV). Pour les équipements de classe II, la prise en charge est limitée à 1700€ par aide auditive (ce plafond inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, hors pile et accessoires). Ces dispositions s'appliquent à compter de 2021.

Les niveaux de remboursement Optique et Dentaire

5 NIVEAUX OPTIQUE

REGIME OBLIGATOIRE	RO + RC OP1	RO + RC OP2	RO + RC OP3	RO + RC OP4	RO + RC OP5	
OPTIQUE						
Actes 100% santé* - classe A (à compter du 01/01/2020) (4)						
Verres / Monture	60% BRSS	100% Frais Réels	100% Frais Réels	100% Frais Réels	100% Frais Réels	
Supplément optique	60% BRSS	100% Frais Réels	100% Frais Réels	100% Frais Réels	100% Frais Réels	
Actes hors 100% santé* - classe B (4)						
Equipement enfant (moins de 16 ans)						
Monture	60% BRSS	100% BRSS	50,00 €	60,00 €	80,00 €	
Verre simple	60% BRSS	100% BRSS	60,00 € / verre	70,00 € / verre	80,00 € / verre	
Verre complexe	60% BRSS	100% BRSS	80,00 € / verre	120,00 € / verre	160,00 € / verre	
Verre très complexe	60% BRSS	100% BRSS	80,00 € / verre	120,00 € / verre	160,00 € / verre	
Equipement adulte (16 ans et plus)						
Monture	60% BRSS	100% BRSS	80,00 €	100,00 €	100,00 €	
Verre simple	60% BRSS	100% BRSS	80,00 € / verre	100,00 € / verre	120,00 € / verre	
Verre complexe	60% BRSS	100% BRSS	100,00 € / verre	150,00 € / verre	200,00 € / verre	
Verre très complexe	60% BRSS	100% BRSS	200,00 € / verre	250,00 € / verre	300,00 € / verre	
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	60% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	
Autres actes						
Lentilles remboursées ou non par la SS	0 ou 60% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 150 € / an	100% BRSS + 200 € / an	100% BRSS + 250 € / an	100% BRSS + 300 € / an
Chirurgie laser			150,00 € / œil	200,00 € / œil	250,00 € / œil	350,00 € / œil

* Tels que définis réglementairement dans le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019

(4) limité à un équipement tous les 2 ans ramené à 1 an pour les enfants de - 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Les catégories de verres sont définies réglementairement à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. L'assuré a la possibilité de choisir une monture de classe A et des verres de classe B et réciproquement. Pour les équipements 100% santé, remboursement limité au Prix Limites de Vente (PLV).

(5) Pour les suppléments optiques sans PLV, le remboursement est à 100% BR

5 NIVEAUX DENTAIRE

REGIME OBLIGATOIRE	RO + RC DE1	RO + RC DE2	RO + RC DE3	RO + RC DE4	RO + RC DE5
DENTAIRE					
Actes 100% santé* (6)					
Soins et prothèses 100% Santé	70% BRSS	100% Frais Réels	100% Frais Réels	100% Frais Réels	100% Frais Réels
Actes hors 100% santé* (paniers libre et maîtrisé) (6)					
Soins	70% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS
Prothèses remboursées par la SS	70% BRSS	125% BRSS	250% BRSS	300% BRSS	350% BRSS
Prothèses non remboursées par la SS (sauf implant et pilier implantaires)			100,00 € / an	150,00 € / an	200,00 € / an
Autres actes					
Orthodontie acceptée par la SS	100% BRSS	125% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS
Orthodontie refusée par la SS			200,00 € / an	300,00 € / an	400,00 € / an
Parodontie non remboursée par la SS			100,00 € / an	150,00 € / an	200,00 € / an
Implants dentaires non remboursés par la SS			300,00 € / an	400,00 € / an	500,00 € / an

* Tels que définis réglementairement dans le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019

(6) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour la réalisation d'actes dentaires dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et sans excéder les Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les actes 100% santé et maîtrisés.