

TITRE I GENERALITES

Article 1

Objet

Conformément aux dispositions de l'article 5 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des obligations réciproques entre les membres participants (ci-après dénommés affiliés) et les membres honoraires, d'une part, et la Mutuelle, d'autre part.

Le règlement mutualiste définit notamment les dispositions générales applicables aux cotisations et aux prestations.

Chaque affilié est tenu de s'y conformer.

Les dispositions propres à chaque contrat ou produit sont stipulées dans les conditions contractuelles afférentes. Elles complètent celles du règlement mutualiste. En cas de contradiction entre les dispositions du règlement mutualiste et celles, spécifiques, du contrat individuel ou collectif, ces dernières prévalent.

Le règlement mutualiste est établi conformément aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 2016.

Il a été approuvé par l'Assemblée Générale de la Mutuelle en date du 14 Avril 2015. Conformément aux dispositions de l'article 5 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des obligations réciproques entre les membres participants (ci-après dénommés affiliés) ou les membres honoraires, d'une part, et la Mutuelle, d'autre part.

Il s'applique également à l'ensemble des contrats souscrits à compter de sa date d'entrée en vigueur. Les modifications portant sur les cotisations et les prestations sont opposables aux affiliés dès leur notification.

Article 3

Révisions

Le présent règlement mutualiste peut faire l'objet de révisions, sous réserve d'approbation de ces révisions par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, sur proposition du Conseil d'administration.

Les affiliés et la Mutuelle conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier l'application d'une ou plusieurs dispositions du présent règlement mutualiste.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, cette dernière procédera à la révision des conditions de l'assurance, pour la date d'effet des modifications concernées, et en informera sans délai les affiliés concernés.

TITRE II OBLIGATIONS DES AFFILIES ENVERS LA MUTUELLE

Article 4

Affiliés et ayants droit

Les affiliés sont définis de la façon suivante :

- les personnes physiques qui font acte d'adhésion à la mutuelle, versent une cotisation et bénéficient et peuvent faire bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle,
- les salariés et les membres d'une personne morale qui a souscrit un contrat collectif à adhésion facultative avec la Mutuelle, les salariés et les membres de la personne morale s'affiliant librement à la Mutuelle et bénéficiant et pouvant faire bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, conformément aux dispositions du contrat collectif souscrit,

- les salariés et les membres d'une personne morale qui a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire avec la Mutuelle, les salariés et les membres de la personne morale étant tenus de s'affilier à la Mutuelle et bénéficiant et pouvant faire bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, conformément aux dispositions du contrat collectif souscrit.

Les ayants droit des affiliés qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont :

- le conjoint,
- le concubin, à charge ou non, sous réserve de la production d'un certificat de concubinage, et qu'il réside sous le même toit (justificatif de domicile commun),
- le partenaire avec lequel l'affilié a régulièrement contracté un PACS et sous réserve de la production d'un justificatif de Pacte Civil de Solidarité,
- les enfants célibataires à charge de l'affilié, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire avec lequel il a régulièrement contracté un PACS, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, et ce jusqu'à leur 20ème anniversaire,
- les enfants célibataires à charge de l'affilié, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire avec lequel il a régulièrement contracté un PACS, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, dont l'âge est compris entre leur 20ème et leur 25ème anniversaire, non salariés, et ce sous réserve de la fourniture annuelle de l'un des justificatifs suivants :

- attestation de scolarité,
- attestation fiscale justifiant le rattachement au foyer fiscal de l'affilié ou d'un ayant droit de l'affilié,

- les ascendants directs à la condition qu'ils soient à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale,
- les autres personnes à charge de l'affilié reconnues comme ses ayants droit par la Sécurité sociale,
- les enfants handicapés, sans limite d'âge, dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 25ème anniversaire,
- les enfants infirmes majeurs, titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles et considérés comme à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Les ayants droit bénéficient de garanties identiques ou pas à celles souscrites par l'affilié.

Article 5

Conditions d'adhésion – Date d'effet – Durée – Renouvellement

Toute personne, quel que soit son régime d'affiliation à la Sécurité sociale, sa profession, son statut social, son âge, sa nationalité, peut souscrire un contrat avec la Mutuelle.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent souscrire un contrat d'adhésion à titre individuel.

• **La personne morale, en qualité de membre honoraire**, souscrit un contrat collectif au profit de catégories de salariés ou de membres par la signature d'un contrat, qui précise notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- la ou les catégories de salariés/membres couverts,
- le caractère obligatoire ou facultatif du contrat,
- la nature des garanties souscrites et les prestations correspondantes,
- les taux, assiettes et montants de cotisations.

Dans ce cadre, les garanties prévues au contrat d'adhésion résultent :

- soit de dispositions législatives ou réglementaires,
- soit d'une convention ou d'un accord collectif, émanant du secteur d'activité, de la branche ou de l'entreprise,
- soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise,

constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

• **La personne morale, en qualité de membre honoraire**, s'engage à fournir pour chaque salarié, un bulletin d'affiliation entreprise accompagné le cas échéant des pièces justificatives nécessaires en vigueur au moment de l'affiliation. L'ouverture de la garantie pour chaque salarié ou membre est subordonnée à l'accomplissement de cette formalité.

• **La personne physique, en qualité d'affilié :**

- soit souscrit un contrat d'adhésion si elle agit à titre individuel, par le renvoi à la mutuelle d'un bulletin d'affiliation dûment complété et signé,
- soit adhère au contrat collectif souscrit par la personne morale dont elle relève, par le renvoi à la mutuelle d'un bulletin d'affiliation entreprise dûment complété et signé.

Le contrat d'adhésion prend effet :

- soit à la date prévue au contrat, pour les contrats souscrits par un membre honoraire pour ses salariés ou ses membres,
- soit à la date prévue au bulletin d'affiliation pour les affiliés ayant souscrit un contrat à titre individuel,
- soit à la date prévue au bulletin d'affiliation pour les affiliés qui relèvent postérieurement à sa date d'effet du contrat collectif souscrit par le membre honoraire.

Pour les opérations collectives, la durée de l'engagement est inscrite dans le contrat de même, que, le cas échéant, la possibilité d'une reconduction tacite chaque année. Pour les opérations individuelles, le contrat d'adhésion a pour échéance le 31 décembre à minuit. Il se renouvelle annuellement et par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions prévues à l'article 7 du présent règlement.

Article 6

Délai de rétractation en cas de vente à distance

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 pénalité.

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.

Conformément aux dispositions de l'article L 121-20-13. II du Code de la Consommation, MIEL Mutuelle est tenue de rembourser à l'affilié 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 MIEL 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.

L'affilié devra restituer à MIEL Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'affilié communique à MIEL Mutuelle sa volonté de se rétracter.

Article 7

Formalités d'affiliation et modifications de niveau de garantie ou de situation familiale

La signature du bulletin d'affiliation vaut engagement aux statuts et au présent règlement mutualiste.

Formalités d'affiliation

Pour être recevable, le bulletin d'affiliation doit obligatoirement être accompagné le cas échéant des pièces justificatives nécessaires, dans la forme fixée par MIEL Mutuelle, en vigueur au moment de l'affiliation.

Modification de niveau de garantie

Lorsque le contrat souscrit présente plusieurs niveaux de garanties ou de produits, l'affilié devra se référer aux conditions contractuelles afférentes pour connaître les modalités de changements de niveaux.

A défaut de dispositions spécifiques, le changement de niveau vers un niveau inférieur ne peut être opéré qu'à l'échéance annuelle du contrat, moyennant un délai de prévenance de 1 mois. Il sera alors effectif au 1er janvier. Le changement de niveau vers un niveau supérieur s'effectue à la date souhaitée par l'affilié sauf disposition particulière fixée dans les conditions générales au 1er jour d'un trimestre civil avec un délai de prévenance d'un mois.

Modification de situation de famille

Toute modification de situation de famille (changement d'état civil, changement d'adresse, naissance, divorce, décès...) doit être signalée au plus tôt à la Mutuelle, accompagnée des justificatifs afférents.

Article 8

Conditions de Résiliation :

Dénonciation – Radiation

• Pour les opérations collectives:

La personne morale souscriptrice peut résilier le contrat tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance. La mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif.

La Mutuelle peut également procéder à la radiation du contrat d'adhésion, en cas de défaut de paiement des cotisations (cf Article 16 du règlement mutualiste).

La résiliation sera également effective en cas de cessation d'activité du membre honoraire. Elle prendra effet à la date de cessation d'activité.

Le membre honoraire ne peut pas résilier le contrat d'adhésion, si son adhésion à la Mutuelle relève d'une obligation prévue par une Convention collective, un accord de branche, ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

• Pour les opérations individuelles :

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception, reçue par la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, pour effet au 31 décembre de l'année en cours.

La Mutuelle peut également procéder à la radiation du contrat d'adhésion, en cas de défaut de paiement des cotisations (cf Article 16 du règlement mutualiste).

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, en cas de survenance de l'un des évènements suivants :

- Changement de domicile ;
- Changement de situation matrimoniale ;
- Changement de régime matrimonial ;
- Changement de profession ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement. La résiliation prend alors effet un mois après réception de sa notification.

• Dans tous les cas :

La radiation du souscripteur et de ses ayants droit n'est effectuée qu'à réception par la Mutuelle de l'original de la carte d'affiliation et le cas échéant de cartes supplémentaires.

- En cas de départ à l'étranger, la radiation de l'affilié s'effectue sur production d'un justificatif suffisamment probant de départ à l'étranger.

- En cas de divorce, le conjoint divorcé ayant-droit n'est radié que sur production d'un justificatif de divorce, envoyé par lettre recommandée de l'affilié.

- En cas d'éligibilité à la Couverture Maladie Universelle ou à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, la radiation de l'affilié s'effectue sur production de l'attestation d'ouverture de droits dans les trois mois de son obtention.

- En cas de radiation, la réadmission ultérieure de la personne est soumise à la décision de la Mutuelle.

- Les modalités de radiation des ayants droit :

Les ayants droit peuvent se radier quand ils le souhaitent. La prise en compte de leur radiation est effective au premier jour du trimestre suivant, sur justificatif, à la date de la demande souhaitée par l'ayant droit, sous réserve d'un délai de prévenance d'un mois. L'ayant droit qui se radie ne peut revenir sur la même affiliation.

Article 9

Opérations collectives : Conséquences du redressement ou de la liquidation judiciaire

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire du membre honoraire, la Mutuelle pourra résilier le contrat d'adhésion dans les trois mois suivants la date du jugement ayant prononcé le redressement ou la liquidation judiciaire.

TITRE III

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES AFFILIÉS

Article 10

Admission des affiliés

• Les affiliés ayant souscrit un contrat d'adhésion à titre individuel sont admis au bénéfice des garanties à la date d'effet prévue au bulletin d'affiliation.

• Les affiliés relevant d'un contrat d'adhésion souscrit à titre collectif par un membre honoraire sont admis au bénéfice des garanties à la date d'effet prévue au contrat d'adhésion. Les affiliés dont le contrat de travail est suspendu en raison d'un congé sabbatique, d'un congé pour création d'entreprise, d'un congé parental d'éducation ou d'un congé pour convenance personnelle ne sont pas couverts par les garanties prévues au contrat d'adhésion.

Le membre honoraire s'engage, en cas de contrat collectif souscrit à titre obligatoire, à affilier sans délai tous les futurs salariés relevant d'une catégorie définie au contrat.

En complément des garanties collectives souscrites par l'entreprise adhérente, l'affilié peut sous certaines conditions et pour certaines garanties, souscrire à des garanties individuelles complémentaires.

Article 11

Garanties – Date d'effet des garanties

11.1 Garanties frais médicaux, obsèques

La garantie frais médicaux a pour objet :

- en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant ainsi qu'à ses ayants droit bénéficiaires du contrat, le remboursement, acte par acte, des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale.

- MIEL Mutuelle peut également rembourser des dépenses non prises en charge par la sécurité sociale.

- le cas échéant, le versement d'indemnités forfaitaires.

La garantie frais d'obsèques a pour objet :

Si la prestation est prévue au contrat, en cas de décès du membre participant ou d'un ayant droit, l'allocation obsèques garantie est servie à toute personne justifiant avoir assumé la charge des frais d'obsèques du défunt.

Pour le décès d'un enfant de moins de 12 ans, il ne peut être versé aucune allocation obsèques même limitée aux frais réellement engagés et ce conformément à l'article L.223-5 du Code de la mutualité.

Cette garantie est vendue en inclusion et n'est pas portée par MIEL Mutuelle

11.2 Garanties assistance

Si la garantie assistance est prévue au contrat, les membres participant ainsi que leurs ayants droit peuvent en bénéficier.

Il s'agit d'un service d'assistance qui consiste à aider le membre participant et ses ayants droit bénéficiaires, dans le cas d'un décès, d'un accident corporel ou d'une maladie, nécessitant une hospitalisation ou une immobilisation à son domicile du membre participant ou d'un ayant droit bénéficiaire.

Le service assistance prévoit également de fournir des renseignements sur de nombreux domaines de la vie quotidienne.

Les affiliés d'un contrat dépendance peuvent bénéficier d'une garantie assistance spécifique aux situations de dépendance.

Les services et leurs conditions d'application sont décrits dans les conditions générales du contrat.

Cette garantie est vendue en inclusion et n'est pas portée par MIEL Mutuelle

11.3 Garanties dépendance

En cas de réalisation du risque, la garantie Dépendance a pour objet de faire bénéficier, à la personne garantie reconnue en état de dépendance partielle ou totale, du versement d'une rente mensuelle viagère.

Les modalités d'adhésion et les conditions d'application de la garantie sont définies dans les conditions générales Dépendance remises à la souscription d'un contrat Dépendance.

11.4 Date d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur :

- à la date d'effet du contrat d'adhésion ou de l'avenant au contrat d'adhésion, ou à la date d'effet prévue au bulletin d'affiliation.

Article 12

Prolongation des garanties

En respect de la loi Evin du 31 décembre 1989, les anciens salariés relevant d'un contrat d'adhésion collectif souscrit à titre obligatoire par un membre honoraire avec la Mutuelle, en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité, de chômage indemnisé ou de retraite, peuvent demander le maintien d'une garantie équivalente, sans délai d'attente ni formalité médicale, sous réserve que leur demande soit formulée par écrit à la Mutuelle dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail.

Les ayants droit d'un salarié décédé peuvent formuler la même demande, dans les mêmes conditions, dans un délai de six mois suivant le décès du salarié.

Article 13

Information aux affiliés

Les correspondances entre l'affilié et la Mutuelle pourront être échangées par voie électronique, sous réserve du respect des dispositions en vigueur. Elles auront force probante dans les conditions de l'article 1316 du Code civil.

Pour les opérations individuelles, la mutuelle remet au membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion les statuts et le présent règlement, ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques, ainsi que, le cas échéant, les conditions générales propres au contrat en vue d'être souscrit.

Pour les opérations collectives, la Mutuelle remet au membre honoraire ayant souscrit un contrat d'adhésion collectif pour ses salariés une notice d'information détaillant les conditions particulières du contrat d'adhésion à laquelle sont joints les statuts et le présent Règlement Mutualiste. Cette notice d'information présente notamment les garanties, leurs modes d'entrée en vigueur, les exclusions et délais de prescription, les modalités de résiliation du contrat et les services associés. Cette notice permet aux affiliés de disposer d'une information claire et détaillée sur les dispositions du contrat souscrit.

Le membre honoraire s'engage à remettre cette notice d'information aux affiliés qui relèvent du contrat souscrit. La responsabilité et la preuve de la remise de cette notice d'information aux affiliés couverts reposent sur le membre honoraire.

Article 14 **Action sociale**

Conformément à l'article 59 des statuts de la Mutuelle, les affiliés des contrats santé individuels ou collectifs peuvent bénéficier au titre de l'action sociale du versement d'une somme forfaitaire par enfant lors de la naissance ou lors de l'adoption d'un enfant mineur non émancipé.

Le versement de cette somme est aléatoire, dans la mesure où il est subordonné à l'existence d'un solde suffisant au compte de l'action sociale.

L'affilié devra transmettre une copie de l'acte de naissance ou un justificatif d'adoption pour bénéficier de ce versement.

L'action sociale de la Mutuelle permet également d'étudier tous les cas particuliers de nature exceptionnelle.

TITRE IV

COTISATIONS ET MODALITES DE VERSEMENT

Article 15

Assiette et paiement des cotisations

• **Pour les affiliés ayant souscrit un contrat à titre individuel, les cotisations peuvent être réglées :**

- par chèque bancaire, par virement ou par carte bancaire pour leur montant total annuel, au plus tard le 10 janvier de l'année de référence du contrat,

- par chèque bancaire,

→ chaque trimestre, sous réserve de la réception par la Mutuelle du règlement avant le 10 du premier mois du trimestre,

- par prélèvement sur compte bancaire ou postal, virement ou paiement en ligne :

→ chaque année,

→ chaque semestre, le 5 ou 15 du premier mois du semestre

→ chaque trimestre le 5 ou 15 du premier mois du trimestre

→ chaque mois le 5 ou 15 du mois

• **Pour les membres honoraires ayant souscrit un contrat collectif pour lequel ils assurent la gestion des cotisations,** les cotisations sont payables par le membre honoraire dans les conditions prévues au contrat d'adhésion.

Le membre honoraire est seul responsable du paiement des cotisations, y compris pour ce qui concerne le précompte salarial.

Dans tous les cas de figure, et par mandat annuel donné par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, le Conseil d'Administration de la Mutuelle fixe chaque année l'évolution des cotisations. Elles peuvent notamment évoluer en fonction :

- de la progression de l'indice CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), observée entre le 1er octobre d'un exercice et le 30 septembre de l'exercice précédent,

- de l'équilibre technique et financier des régimes de garanties,

- de modifications des taux de remboursements

de la Sécurité sociale ou du régime d'affiliation de l'affilié,

- de modifications des Tarifs de Convention ou des Bases de Remboursement.

Article 16

Défaut de paiement des cotisations

Adéfaut de paiement de tout ou partie des cotisations dans les 10 jours suivant le terme des échéances prévues à l'Article précédent, la Mutuelle transmet une mise en demeure au membre honoraire ou à l'affilié.

En cas de défaut de paiement à l'issue d'une période de 30 jours après l'envoi de la mise en demeure, les garanties sont suspendues. En cas de persistance du défaut de paiement, la Mutuelle pourra procéder à la résiliation du contrat au terme du délai de 10 jours après la suspension de garanties, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure.

La Mutuelle pourra engager toutes les procédures nécessaires pour obtenir le paiement des cotisations dues, les frais de procédure étant à la charge du membre honoraire ou de l'affilié.

Article 17

Maintien des garanties

Les affiliés qui relèvent d'un contrat collectif souscrit par un membre honoraire, en situation d'arrêt de travail antérieur ou postérieur à la date d'effet du contrat, sont couverts par la garantie prévue au contrat.

TITRE V PRESTATIONS

Article 18

Prestations accordées par la Mutuelle

Les prestations accordées par la Mutuelle sont approuvées par le Conseil d'Administration et sont définies dans les conditions générales afférentes au produit souscrit.

Article 19

Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

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 auprès 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.

Les remboursements de toute nature doivent être entendus comme étant le montant des prestations servies par la Sécurité sociale ou par le régime d'affiliation, par un autre organisme assureur ou éventuellement par un tiers responsable.

Article 20

Prestations exclues par la Mutuelle

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

- **les frais de traitements et d'opérations liés au rajeunissement non pris en charge par la Sécurité sociale,**

- **les dépassements d'honoraires liés à la chirurgie esthétique,**

- **les frais de chirurgie plastique et reconstructrice ne donnant pas lieu à prise en charge par la Sécurité sociale,**

- **les frais de confort personnel (téléphone, télévision...),**

- **le forfait journalier concernant les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)**

- **ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier,**

- **la perte de revenus en cas d'arrêt de travail, - les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante.**

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,**

- **les dépassements d'honoraires pour toute consultation ou acte technique hors parcours de soins.**

La Mutuelle s'engage à respecter toute disposition d'application ultérieure dont l'entrée en vigueur serait postérieure à celle du présent règlement.

- **Et d'une manière générale, sont exclues des remboursements accordés par la Mutuelle toutes les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.**

Article 21

Prestations indues

En cas de prestations versées indûment à un affilié, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'affiliation par un affilié postérieurement à sa date de radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle est en droit de réclamer à l'affilié le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre l'affilié à ce remboursement.

Article 22

Recours contre tiers

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'affilié 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.

En est exclue la part d'indemnité correspondant au préjudice esthétique de la victime.

Article 23

Règles de paiement - Limites

La Mutuelle reçoit par télétransmission, si l'affilié en a fait la demande, de l'ensemble des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du régime général, les informations lui permettant de procéder aux remboursements.

Il appartient toutefois à chaque affilié de vérifier que la télétransmission fonctionne correctement pour lui-même et ses ayants droit et d'avertir sans délai la Mutuelle en cas d'anomalie.

Le tiers payant fonctionne sur la France entière avec l'ensemble des professionnels de santé et

établissements ayant signé une convention avec la Mutuelle, sur présentation de la carte d'affiliation.

Les remboursements s'effectuent conformément aux garanties souscrites.

Les affiliés relevant du régime local Alsace-Moselle seront remboursés en complément des remboursements de la Sécurité sociale de ce régime, dans la limite des frais réellement engagés et des garanties souscrites.

Les affiliés relevant d'un régime particulier de Sécurité sociale seront remboursés en complément des remboursements de la Sécurité sociale de ce régime, dans la limite des frais réellement engagés et des garanties souscrites.

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés sur la base des tarifs reconstitués en vigueur en France, s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale et dans les limites de garanties prévues au contrat d'adhésion. Le règlement des prestations n'est effectué que sur présentation d'une facture et de l'original du décompte du régime de Sécurité sociale correspondant.

Les départements et territoires d'outre-mer, la Principauté de Monaco sont assimilés à la France métropolitaine pour l'application de cette disposition. En revanche, la Principauté d'Andorre est considérée comme un pays étranger.

Les pays d'outre-mer sont assimilés à l'étranger pour l'application de cette disposition.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion et pendant la durée du contrat

Article 24

Forclusion - Prescription

Le délai de prescription est fixé par le code de la mutualité à 2 ans à compter de la date des soins. La date des soins prise en compte est celle communiquée par le régime de sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où MIEL 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 MIEL 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 2 ans à compter de la date des soins ou de facturation.

A l'expiration des délais mentionnés ci-dessus, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations garanties par MIEL Mutuelle.

Article 25

Responsabilité du membre participant Obligation d'information

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son affiliation. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa déchéance.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle, de toutes les modifications concernant :

- son état civil,
- son adresse,
- sa situation matrimoniale,

- sa situation familiale,
- sa situation socioprofessionnelle,
- 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.

Responsabilité pour fausse déclaration intentionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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 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.

Article 26

Protection des données personnelles

Les informations personnelles et nominatives concernant les affiliés et leurs ayants droit recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatisé afin de gérer l'affiliation du membre participant ou de l'ayant droit. En application de la Loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne physique peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait dans les fichiers de la Mutuelle ou, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs, en adressant un courrier simple au siège de la Mutuelle. L'affilié ou son ayant droit peut s'opposer à la communication des données nominatives le concernant à des tiers à des fins commerciales en adressant au siège de la Mutuelle un courrier par lettre simple. Les frais d'envoi sont remboursés sur demande.

Les personnes qui ont connaissance des informations données par le membre participant dans le cadre de la gestion de son contrat sont tenues au secret professionnel.

Article 27

Propriété intellectuelle

En application du Code de la Propriété intellectuelle, tous les éléments du présent règlement mutualiste (texte et logo) sont la propriété pleine et entière de la Mutuelle.

Tous les droits de reproduction sont ainsi réservés et interdits sans l'accord express de la Mutuelle.

Article 28

Réclamations - Médiation

28-1 Réclamations

Réclamation de la part d'un affilié
Toute réclamation doit obligatoirement être formulée par écrit (e-mail, courrier).
Chaque réclamation sera prise en charge par le service Qualité de MIEL Mutuelle - Service Qualité Clients -11, rue du Gris de Lin - 42021 SAINT ETIENNE cedex 1 ou e-mail : service.qualite@mielmut.com

28-2 Médiateur

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent.
Les coordonnées et modalités de saisie du médiateur sont précisées sur le site internet de MIEL Mutuelle et sur les conditions générales de vente.

Article 29

Organisme de contrôle

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), instituée par l'article L.951-1 du Code de la Sécurité sociale, sise 61 rue Taitbout à Paris (IXe arrondissement).