

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Adhésions en
complémentaire santé

OFFRES ET GARANTIES SOUMISES AU RÉGLEMENT MUTUALISTE ADHÉSIONS EN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Garanties standard

GC • GC indiv • GCR • GCTR • GD • INV • CI • CR • PR
SA • SAJ
GC Senior • GCI
R1 • R2 • R3
A • B • C • D
EA • EB • EC • ED
RL1 • RL2 • RL3
R1T • R2T • R3T • R1TR
RD • R1+65 • R1R • R2R • R2C • R3 +65 • R3R
H • RT • ET
G1 • G2 • G3 • G1C • G2C

Guyane

G11 • Anem Guy • Bleu Guy • Came Guy • Dahl Guy

Ex intérimaires

Nickel Extérieur • Bronze Extérieur
Argent Extérieur • Or Extérieur

Gamme Pierres individuelle courtage

Améthyste • Grenat • Jade • Topaze

Jeunes / Actifs

Anémone • Bleuet • Camélia • Dahlia

SMI Santé (nouvelle offre)

Santé 1 • Santé 2 • Santé 3 • Santé 4 • Santé 5

Seniors

Azalée • Bégonia • Capucine • Digitale
F1 • F2 • F3 • F4 • F5

SMI Santé Seniors (nouvelle offre)

Formule 1 • Formule 2 • Formule 3 • Formule 4 • Formule 5

CHAPITRE 1

Dispositions générales

Article 1

Objet du règlement mutualiste

En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité et des statuts de la mutuelle, il est établi le présent règlement mutualiste. Celui-ci a pour objet de définir les engagements contractuels existant entre la mutuelle SMI et ses membres participants ou honoraires, en ce qui concerne les prestations, les garanties et les cotisations.

Ce règlement s'impose à tous les membres participants, ayants droit bénéficiaires et membres honoraires adhérant à titre individuel au même titre que les statuts de la mutuelle SMI.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un règlement mutualiste ou d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle SMI.

Le règlement est complété par la grille de garanties remise au moment de l'adhésion et correspondant au choix indiqué par le membre participant dans la rubrique « votre formule » du bulletin d'adhésion.

Article 2

Adoption et modifications du règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste et ses modifications sont adoptés par le conseil d'administration, dans le respect des orientations générales fixées par l'assemblée générale à laquelle il rend compte des décisions prises en la matière. Il détermine également, dans les mêmes conditions, les montants et taux de cotisations et les prestations des garanties individuelles.

Toutes les modifications apportées au règlement mutualiste par le conseil d'administration sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires.

Article 3

Acceptation du règlement mutualiste

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation sans réserve des dispositions des statuts de SMI et du règlement mutualiste.

Les garanties, prestations et cotisations définies dans le présent document ont été déterminées en fonction de la réglementation applicable au moment de l'adoption du présent règlement.

Toute modification réglementaire, conventionnelle et/ou législative susceptible de remettre en cause l'expression, la nature ou l'équilibre des garanties et tarifs donnera lieu aux aménagements nécessaires. Lesdits aménagements seront validés par le conseil d'administration et présentés à l'assemblée générale à laquelle il rend compte des décisions prises en la matière. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base du présent règlement.

Chapitre II

Adhésion

Article 4

Conditions d'adhésion des membres participants

Peuvent adhérer à la mutuelle à titre individuel, les personnes âgées de moins de 76 ans lors de la demande d'adhésion.

À sa demande expresse, un mineur de plus de 16 ans peut devenir membre participant sans l'intervention de son représentant légal.

Article 5

Ayants droit

Les membres participants précisent les ayants droit, tels que définis à l'article 7 des statuts de la mutuelle SMI, auxquels ils souhaitent étendre les garanties et prestations souscrites, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

En complément des dispositions de l'article 7 des statuts, justifient de la qualité d'ayants droit :

- les enfants à charge. Sont considérés comme à charge, les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, à charge au sens fiscal et/ou social et affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale français :
 - jusqu'à leurs 18 ans (jusqu'au 31 décembre de leur 18^e anniversaire), sans autre condition ;
 - jusqu'à 26 ans au plus (jusqu'au 31 décembre de leur 26^e anniversaire), les enfants poursuivant leurs études, sous réserve de produire un certificat de scolarité justifiant leur statut d'étudiant. Ce certificat est à fournir avant le 31 octobre de chaque année. En cas d'absence de certificat à cette date, la couverture des droits est supprimée le 31 décembre de l'année et l'enfant est radié, à cette date, du dossier du membre participant. Cette couverture au titre de l'adhésion du membre participant s'arrête le premier jour du trimestre suivant la date anniversaire des 27 ans ;
 - sans limite d'âge, les enfants justifiant d'une situation de handicap donnant lieu à l'octroi de l'allocation compensatrice pour adultes handicapés (AAH) définie à l'article L. 821-1 du code de la Sécurité sociale ou à la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;
 - le nouveau-né est garanti à la date de sa naissance si la demande d'affiliation le concernant en qualité d'ayant droit est faite à la mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts) ;
- le conjoint relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité sociale ou couvert au titre du régime de Sécurité sociale du membre participant ; à défaut, son partenaire lié par un PACS ou son concubin :
 - est considérée comme partenaire de PACS la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 5151 et suivants du Code civil ;
 - est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF, etc.) et à condi-

tion qu'ils ne soient ni l'un, ni l'autre, par ailleurs, mariés ou pacsés.

La présentation régulière des pièces justificatives nécessaires à la reconnaissance de la qualité d'ayants droit conditionne l'ouverture et le maintien des garanties.

Article 6 Formalités d'adhésion

L'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle SMI résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion par le futur membre participant et de son acceptation par la mutuelle SMI.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts et du présent règlement mutualiste.

Ce bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné, soit du versement de la première cotisation, soit d'une autorisation de prélèvement bancaire ou de caisse d'épargne dûment remplie et signée.

L'acceptation de la demande d'adhésion par la mutuelle SMI est matérialisée par la délivrance d'un certificat d'adhésion.

Le membre participant peut ajouter des ayants droit, sous réserve d'en formuler la demande auprès de la mutuelle SMI en adressant un nouveau bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives requises.

Article 7 Convention sur la preuve

Dans le cadre des adhésions à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par la mutuelle SMI ou tout mandataire de son choix matérialisant l'acceptation de l'adhésion du membre participant lui seront opposables ainsi qu'à ses ayants droit, et pourront être admis comme mode de preuve de son identité (ou celle des ayants droit) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent règlement mutualiste, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

Article 8 Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion. Date d'ouverture des droits

L'adhésion prend effet pour le membre participant et ses ayants droit à la date figurant au certificat d'adhésion. Cette date ne peut être antérieure à la réception du bulletin individuel d'adhésion (BIA) et des pièces mentionnées à l'article 6.

L'adhésion au présent règlement est effectuée dans le cadre de l'année civile, pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours.

Elle est ensuite reconduite tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, pour une nouvelle durée d'un an, sauf dénonciation ou radiation effectuée conformément aux dispositions légales rappelées aux articles 10 et 11 ci-après.

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet mentionnée au certificat d'adhésion. En cas d'adhésion en cours de mois ou en cours d'année, l'échéance de cotisations est proratisée au regard de la période pendant laquelle le risque est couvert.

La date d'ouverture des droits aux remboursements est déterminée par la date d'effet de l'adhésion.

Article 9 Droit de renonciation

Dans le cadre d'une adhésion à distance, le membre participant a la faculté de résilier son adhésion dans un délai de quatorze jours suivant la date d'effet de l'adhésion (ou, si cette date est postérieure, suivant la date de réception du certificat d'adhésion et/ou du règlement mutualiste), par lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle SMI - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08. Les sommes déjà versées par lui seront remboursées par la mutuelle SMI dans un délai de trente jours suivant la réception de la lettre recommandée adressée. Si dans l'intervalle, le membre participant a bénéficié des prestations garanties par le présent règlement, il devra rembourser à la mutuelle SMI les montants perçus dans un délai de trente jours.

Article 10 Dénonciation de l'adhésion par le membre participant

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à l'échéance annuelle en respectant un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

Il peut également dénoncer son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription. La dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

Dans le cas où le participant souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation.

Dans tous les cas, la dénonciation doit être notifiée à la mutuelle par lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé par l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité (notamment par déclaration faite au siège social de la mutuelle, par acte extrajudiciaire, ou, en cas de la conclusion l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication).

Par ailleurs, en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant ou par la mutuelle SMI, 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.

Dans ce cas, 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.

En cas de dénonciation de l'adhésion, un certificat de radiation ne pourra être remis au membre participant en faisant la demande qu'à compter du moment où la mutuelle et ce dernier n'entretiendront plus de relation. Cette demande ne saurait notamment aboutir avant l'expiration du délai de dénonciation et qu'après complet paiement des éventuelles cotisations encore dues et restitution de la carte de tiers payant éventuellement encore en cours de validité.

Article 11 Radiation du membre participant

La mutuelle SMI peut radier tout membre participant qui aurait porté gravement et volontairement atteinte aux intérêts matériels et immatériels de la mutuelle, du fait d'action ou omission susceptible de donner lieu à une sanction pénale, dans les conditions prévues à l'article 12 des statuts et en cas de fausse déclaration intentionnelle dans les conditions prévues à l'article 32-1 du présent règlement. Elle se réserve également le droit de radier tout membre participant n'ayant pas payé ses cotisations, selon les dispositions de l'article 16 du présent règlement.

Article 12 Choix des garanties et changement de garanties

Le membre participant définit la garantie pour laquelle il opte, pour lui-même et ses ayants droit, sur le bulletin d'adhésion qu'il adresse à SMI. Les prestations garanties sont définies au tableau remis au moment de l'adhésion ou du changement de garanties et correspondant à la formule choisie par le membre participant dans son bulletin d'adhésion.

En cas de changement ultérieur de garanties, les actes et soins dont la date est antérieure à la date d'effet de la modification sont remboursés conformément à la garantie précédemment souscrite par le membre participant, étant établi que la date de référence retenue est celle de la date des soins, telle qu'indiquée sur le décompte de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

Le changement de garanties n'est autorisé qu'à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de l'adhésion, puis au

1^{er} janvier de chaque année. La demande doit en être reçue au plus tard le 31 octobre de l'année précédente pour une prise d'effet le 1^{er} janvier suivant.

Si la nouvelle garantie prévoit des remboursements d'un montant supérieur à l'ancienne garantie, un délai de carence de trois mois s'applique pour les différences de remboursement entre les deux garanties.

Le tarif applicable à la nouvelle garantie tient compte de l'âge du membre participant et de ses éventuels ayants droit à la date de la modification.

Aucun changement de couverture des risques au bénéfice d'une garantie donnant des avantages supérieurs à la garantie précédente ne sera accepté passé l'âge de 75 ans.

Article 13

Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la radiation, de l'adhésion ou de la démission.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour un membre participant au jour de son décès.

Pour les ayants droit affiliés, l'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet :

- au jour du décès du membre participant ;
- à compter du jour où ils ne peuvent plus justifier de la qualité d'ayants droit au sens de l'article 5 du présent règlement.

Article 14

Membres participants sortant d'un contrat collectif

Tout membre participant sortant d'un contrat collectif a la possibilité de rester membre participant à la mutuelle SMI à titre individuel.

Chapitre III

Garanties additionnelles

Article 15

Conditions et modalités de ces garanties

Par décision de son conseil d'administration ratifiée par son assemblée générale conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, la mutuelle SMI a souscrit un contrat d'assistance auprès de Fidélia, afin d'offrir à ses membres participants des garanties d'assistance.

Ces garanties sont obligatoires, l'adhésion au règlement mutualiste entraînant celle au contrat d'assistance.

Ces garanties supplémentaires sont régies par les dispositions législatives et réglementaires propres à Fidélia, société d'assurance régie par le code des assurances, seule tenue au paiement des prestations correspondantes, et à ses contrats.

Le contrat correspondant fait l'objet d'une notice d'information établie conformément aux dispositions légales qui lui sont applicables, qui est remise aux membres participants au moment de leur adhésion au règlement mutualiste.

Chapitre IV

Cotisations

Article 16

Objet des cotisations

Les membres de la mutuelle SMI s'engagent au versement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la mutuelle, à ses frais de gestion, à ses provisions et amortissements et à ses réserves.

Ces cotisations comprennent, s'il y a lieu, les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques dont les montants sont fixées par les règlements de ces organismes.

À ces cotisations s'ajoutent les taxes, charges et autres contributions imposées par les autorités administratives régissant le fonctionnement des mutuelles.

Article 17

Détermination des cotisations

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge des membres participants et de leurs ayants droit, de leur régime de Sécurité sociale, des prestations couvertes, de la composition de la famille et du département de résidence.

La mutuelle SMI ne peut instituer de différence de cotisation basée sur l'état de santé des membres participants et de leurs ayants droit. La mutuelle SMI peut fixer une cotisation globale couvrant le membre participant et ses ayants droit ou bien une cotisation par bénéficiaire.

Article 18

Révision des cotisations

Les cotisations sont réévaluées annuellement, par le conseil d'administration dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale, en fonction des résultats techniques de l'ensemble des adhésions relevant d'une même garantie, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Les cotisations peuvent également être revalorisées en fonction de l'âge de l'adhérent. La nouvelle cotisation prend alors effet à l'échéance suivant la date anniversaire de l'adhérent.

Article 19

Païement des cotisations

La cotisation est annuelle. Les cotisations sont appelées directement auprès des membres participants.

La cotisation est payable d'avance. L'échéance des cotisations est fixée au 1^{er} jour de la période d'assurance correspondante.

La cotisation annuelle peut, toutefois, sur option du membre participant, être acquittée trimestriellement, semestriellement ou mensuellement.

Le membre participant peut choisir, en cas de prélèvement automatique, la date à laquelle ses cotisations seront effectivement exigibles, selon la périodicité qu'il aura choisie. Cette date n'a pas pour effet de modifier la date d'échéance telle que définie ci-dessus. Les dates d'échéance et d'exigibilité sont précisées dans le certificat d'adhésion.

Le membre participant recevra en début de chaque période annuelle d'assurance, un échéancier qui détermine les dates d'échéance, en fonction de la périodicité de paiement choisie et, en cas de prélèvement automatique, la date de paiement effectif de la cotisation, déterminant celles de l'exigibilité des cotisations.

Le versement mensuel des cotisations pourra donner lieu à la perception de frais de gestion liés au nombre d'opérations supplémentaires de versements. Ils seront déterminés dans le certificat d'adhésion.

Les cotisations sont dues pendant toute la durée de l'adhésion y compris pendant les périodes de maladie, accident et arrêt de travail.

Les cotisations sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal. Le paiement par chèque est également autorisé.

Les frais générés par la non réalisation d'une opération de versement de cotisation, telle que chèque refusé ou prélèvement rejeté, seront intégralement mis à la charge du membre participant.

Article 20

Défaut ou retard dans le paiement des cotisations

À défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue après un délai de trente jours à compter de la date de première présentation d'une lettre de mise en demeure adressée au membre participant. 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.

La mutuelle SMI a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paie-

ment de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées, à la mutuelle, la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement liés à l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure de payer par la mutuelle.

Article 21

Remboursement des cotisations

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, à l'exception :

- de la démission pour cause de décès du membre participant qui donnera lieu au remboursement des mensualités à venir déjà versées ;
- du remboursement du solde dû au membre participant conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité, pour la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert à la suite de la dénonciation de l'adhésion.

Chapitre V

Prestations

Article 22

Prestations couvertes

Les prestations pouvant être couvertes par la mutuelle sont celles afférentes aux actes suivants : consultations/visites, auxiliaires médicaux, transport, pharmacie, radiologie (actes d'imagerie et actes d'échographie), actes techniques médicaux, laboratoire, soins dentaires/prothèses dentaires/orthodontie, optique, audiologie, hospitalisation médicale et chirurgicale (actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, frais de séjour), vaccins, cures, auxiliaires de vie, allocation naissance ou adoption, allocation obsèques, ostéopathie, sevrage tabagique, homéopathie, diététiciens, etc.

Le conseil d'administration propose à l'assemblée générale les nouvelles garanties combinant tout ou partie des différentes prestations.

Les prestations accordées par la mutuelle SMI varient en fonction des groupes de membres participants et des garanties pour lesquelles ils ont opté.

La prestation « allocation obsèques » est temporaire et ne porte que sur l'année civile en cours. L'assemblée générale statue annuellement sur le renouvellement de cette allocation et chaque adhérent en est expressément informé par écrit.

Article 23

Dispositif du contrat responsable

23.1 Risques exclus pour tous les contrats

À moins qu'elles ne soient prises en charge par le régime obligatoire du membre participant et prévues expressément au sein du bulletin d'adhésion, ne sont pas garantis les dépenses de santé et d'une façon générale tous les frais résultant :

- de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;
- du forfait journalier acquitté à l'occasion d'un séjour dans un établissement médico-social (Mas, Ehpad, etc.).

En tout état de cause, ces exclusions ne font pas obstacle à la prise en charge au titre du présent règlement mutualiste des obligations minimales de prise en charge imposées par les textes en vigueur et notamment l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale au titre du dispositif contrat responsable.

23.2 Prestations liées aux contrats responsables

Dans le cadre du contrat responsable, la mutuelle applique strictement notamment les articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la Sécurité sociale relatifs aux obligations de non prise en charge ainsi que les dispositions de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale relatives aux obligations de prise en charge.

23.2.1 Obligation de prise en charge

Conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,

les garanties définies au certificat d'adhésion joint au présent règlement mutualiste prévoient la prise en charge :

- de l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5 du code de la Sécurité sociale (ticket modérateur), à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et de l'homéopathie ;
- sous réserve que la garantie figure au règlement mutualiste, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale visée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré « à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré » d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées (Mas) ou encore les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (Ehpad), ni les frais de cure thermique ;
- de l'intégralité, après intervention de la Sécurité sociale, des lunettes, prothèses dentaires, et des aides auditives appartenant à une liste réglementée dite « 100 % Santé » (ou équipements 100 % Santé ou soins et prothèses 100 % Santé), dans la limite des honoraires limites de facturation ou des prix limites de vente, sous réserve du respect des règles légales de renouvellement ;
- des équipements d'optique médicale à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre), dans le respect des plafonds et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des aides auditives à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre) dans le respect de la prise en charge minimale du ticket modérateur, des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des prothèses dentaires à prise en charge libre (n'appartenant pas aux « soins et prothèses 100 % Santé ») ou l'orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation.

Conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, l'assureur permet aux membres participants et à leurs ayants droit d'accéder au tiers payant (dispense d'avance de frais) sur toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » et sous réserve que le professionnel de santé le pratique :

- au moins à hauteur des tarifs de responsabilité ;
- dans la limite des prix limites de vente pour les équipements 100 % Santé optique et auditif et des honoraires limites de facturation pour les soins et prothèses dentaires 100 % Santé ;
- et, en tout état de cause, dans la limite des garanties et prestations définies au tableau de garantie annexé et des frais exposés par les bénéficiaires.

23.2.2 Interdictions de prise en charge

Les garanties définies au certificat d'adhésion joint au présent règlement mutualiste ne couvrent pas conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale, ni les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale. Ces participations restent donc à la charge des membres participants et de leurs ayants droit ;
- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des membres participants par l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale dans le cas où le membre participant n'a

pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;

- les dépassements d'honoraires autorisés sur le tarif des actes et consultations de médecins spécialistes visés à l'article L. 162-5, 18° du code de la Sécurité sociale, pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Dans le cas où la définition légale ou réglementaire du « contrat responsable » viendrait à être modifiée, les garanties du présent règlement mutualiste seraient réputées respecter les nouvelles dispositions légales. Les interdictions ou obligations de prise en charge seront immédiatement considérées comme intégrées à la définition des garanties.

23.2.3 Définitions

Au sens du présent règlement mutualiste et, notamment, du nouvel article ci-dessus sur les obligations de prise en charge, il convient d'entendre par :

Aides auditives

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Les aides auditives sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale. La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an. Elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le régime obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le régime obligatoire et les représentants de cette profession ;
- tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le régime obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement ;
- tarif de responsabilité (TR) ou tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTM)

Il s'agit de dispositifs négociés par l'assurance maladie et les syndicats médicaux visant à modérer les dépassements d'honoraires. Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) depuis le 1^{er} janvier 2017.

« Équipements 100 % Santé » ou « Soins et prothèses 100 % Santé »

Les membres participants peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par la Sécurité sociale et le règlement mutualiste, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100 % Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement. Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100 % Santé.

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste

ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par la Sécurité sociale est remboursée dans le cadre de l'adhésion. Cette prise en charge par la Sécurité sociale et le règlement mutualiste est plafonnée aux honoraires limites de facturation (dentaire) ou aux prix limites de vente (optique et audiologie) auxquels sont tenus les professionnels de santé. Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier 100 % Santé et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre 100 % Santé.

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier 100 % Santé de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Forfait patient urgences

Participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré social pour tout passage non programmé dans les services d'urgence d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale). Il est pris en charge par le présent règlement mutualiste.

Honoraires limites de facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec la Sécurité sociale pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles en particulier contenues dans les « soins et prothèses 100 % Santé ».

Inlay core

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats santé dits « responsables », en sus du remboursement du régime obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier 100 % Santé, dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Lunettes (dans le cadre des équipements d'optique médicale)

Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). Le prix des verres varie selon leur nature et leur puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitements antireflets ou anti-rayures, verres incassables, etc.).

Les équipements 100 % Santé sont intégralement remboursés par la Sécurité sociale et le règlement mutualiste dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens. Dans les autres cas, les opticiens fixent librement le tarif des montures et des verres. La prise en charge intervient selon les garanties souscrites et dans la limite des plafonds prévus par les contrats dits « responsables ». Pour les membres participants de plus de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge intervient après une période minimale de deux ans, sauf variation significative de la vue ou en cas de situation médicale particulière.

Les opticiens ont l'obligation de remettre aux membres participants un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par la Sécurité sociale. Le devis doit nécessairement comporter une proposition de prestation sans reste à charge pour un équipement 100 % Santé.

Participation forfaitaire actes lourds

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré social et appliqué sur certains actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé, en remplacement du ticket modérateur habituel. Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré social et, à ce titre, ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire actes lourds (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD, etc.). Ce forfait est pris en charge par le présent règlement

mutualiste.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il s'agit du plafond de référence de la Sécurité sociale, fixé annuellement par arrêté publié au Journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prix limites de vente (PLV)

Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond à un prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par la Sécurité sociale est assortie d'un prix limite de vente (s'agissant des médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, seuls ceux assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limites de vente). Les aides auditives et lunettes retenues dans les paniers « équipements 100 % Santé » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter afin que les membres participants puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées.

Il en existe différents types :

- les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstruit durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par la Sécurité sociale sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircon et céramo-céramique ;
- les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (dentiers) qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limites de facturation selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de « soins et prothèses 100 % Santé », le règlement mutualiste prend en charge, en plus de la base de remboursement de la Sécurité sociale, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi aux membres participants de n'avoir aucun frais restant à leur charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les honoraires limites de facturation. Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de « soins et prothèses 100 % Santé » sont prises en charge par la Sécurité sociale dans les mêmes conditions. Le remboursement dépend du niveau de garantie souscrit.

Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les honoraires limites de facturation fixés pour certaines de ces prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de « soins et prothèses 100 % Santé ». Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse dentaire et le prix des prestations associées. Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier de « soins et prothèses 100 % Santé » ou, à défaut, hors champ du panier de « soins et prothèses 100 % Santé » mais soumise à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Soins dentaires

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Ticket modérateur (TM)

Il s'agit de la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou de la franchise médicale, qui ne sont pas remboursés par la mutuelle SMI). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du tra-

vail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD). Le ticket modérateur peut être forfaitaire pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises médicales et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant l'intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Tiers payant

Ce système de paiement évite aux membres participants et à leurs ayants droit de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces prestataires de soins sont payés directement par le régime obligatoire et/ou la mutuelle SMI pour les soins ou produits. Conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, il s'applique, au minimum, à toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables ». Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.

La mutuelle SMI propose également un service de tiers payant pour la part qu'elle rembourse. Il appartient aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le membre participant et ses ayants droits ne peuvent pas en bénéficier.

Article 24

Garanties et conditions particulières de remboursement

Le détail des prestations par garantie figure dans le tableau de garanties joint au bulletin d'adhésion.

Article 25

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la mutuelle SMI :

- soit par télétransmission de type « Noémie » ou autre, directement en provenance de l'organisme de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire ;
- soit sur présentation, par le membre participant, des décomptes de l'organisme de Sécurité sociale, et/ou des factures détaillées. Seuls les documents originaux seront pris en compte par la mutuelle SMI.

Aucun des documents reçu par la mutuelle SMI pour effectuer ces remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ces documents avant de les envoyer.

Article 26

Droits aux prestations

26.1

Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ou postérieure à la date de démission, de radiation ou d'exclusion ne sont pas remboursables, la date de référence étant celle de la date des soins, telle qu'indiquée sur le décompte de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

26.2

La mutuelle SMI se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Le membre participant a la faculté de se faire assister, lors de ce contrôle, du praticien de santé de son choix.

Le membre participant doit faire toute diligence pour obtenir de ce dernier, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du médecin conseil de la mutuelle SMI.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou

lorsque ses résultats ne justifient pas médicalement le versement de la prestation, les actes ne donneront lieu à aucune prise en charge de la part de la mutuelle SMI.

En cas de désaccord du membre participant avec les conclusions du contrôle médical, le recours à une contre-expertise peut être sollicité. Dans ce cas, les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge du membre participant. S'il y a lieu, le désaccord entre les parties sera soumis à l'avis d'un tiers expert nommé d'un commun accord entre les parties, ou à défaut d'entente, par ordonnance du président du tribunal de grande instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. Dans ce cas, les frais sont supportés par moitié. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la mutuelle et le membre participant.

Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment des prestations, la mutuelle SMI lui en réclamera le remboursement.

26.3

Aucune prestation ne sera servie ni après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Dans l'hypothèse où la date de décision de la Sécurité sociale ou la date de la facture serait postérieure à la date de démission, radiation ou exclusion, aucune prestation ne serait versée.

Article 27

Prescription

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites au terme d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est portée à dix ans lorsque les bénéficiaires, en cas de décès du membre participant, sont les ayants droit de la victime.

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

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé, y compris devant une juridiction incompétente et même lorsque l'acte de saisine est annulé en raison d'un vice de procédure ;
- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (notamment, commandement de payer et saisie).

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par SMI au membre participant en ce qui concerne le paiement de la cotisation ; par le membre participant à SMI en ce qui concerne le règlement de la prestation).

En conséquence, toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectué par la mutuelle SMI.

Ce délai s'applique également pour le versement des allocations mariage et naissance, à compter de la date de l'événement. Pour ce qui concerne la prestation « allocation

obsèques », la prescription est de dix ans à compter de la date de l'événement.

Article 28

Paiement des prestations

Le règlement des prestations est effectué par virement direct sur un compte bancaire ou de caisse d'épargne dans un délai de 48 heures à compter de la date de réception de l'ensemble des pièces justificatives.

Le règlement par chèque pourra toutefois être fait sur demande particulière du membre participant. Dans ce cas, les frais de gestion liés au traitement du chèque pourront être déduits du remboursement.

Un avis de paiement appelé décompte ou relevé de décomptes est envoyé périodiquement par la mutuelle SMI aux membres participants et est également disponible sur leur espace adhérent, s'ils l'ont activé.

Article 29

Principe indemnitaire

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

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

Article 30

Réclamation

Le membre participant peut faire part de son mécontentement et adresser sa réclamation à SMI par :

- courrier à SMI - Service qualité - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08 ;
- internet sur www.mutuelle-smi.com ;
- téléphone au numéro non surtaxé indiqué dans les notices d'information ou courriers.

Quel que soit le sujet de la réclamation, le membre participant devra indiquer :

- la nature exacte de la réclamation ;
- le numéro du contrat concerné ;
- son adresse et son état civil complet (nom de famille et nom d'usage) ;
- ses date et lieu de naissance (ou ceux du ou des ayants droit concernés) ;
- toute autre référence portée à sa connaissance : numéro de compte, numéro de dossier en cours, etc.

Le membre participant recevra un accusé de réception sous dix jours ouvrables maximum. Il sera tenu informé de l'avancement de l'examen de sa situation et recevra, sauf exception, une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de sa réclamation.

Le service réclamations, après avoir réexaminé tous les éléments de sa demande, fera part de son analyse dans les deux mois.

Article 31

Médiation

Le membre participant a la faculté de s'adresser au médiateur de la consommation de la mutualité française. La décision rendue par ce médiateur est sans appel.

Le médiateur peut être saisi soit :

- par courrier à l'attention du médiateur de la consommation de la mutualité française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15 ;
- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le médiateur peut être saisi par le membre participant ou son ayant droit dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée auprès de la mutuelle SMI et à condition que le traitement de cette demande ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse.

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du médiateur. Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

Le règlement de la médiation adoptée par la fédération nationale de la mutualité française est accessible depuis le site internet de SMI et disponible sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Article 32

Fausse déclaration

32.1 Fausse déclaration intentionnelle

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 a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

32.2 Fausse déclaration non intentionnelle

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 présent règlement. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. À défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux de cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 33

Carte de tiers payant

La mutuelle SMI peut délivrer une carte de tiers payant en fonction de la garantie choisie par le membre participant et de son département de résidence.

Cette carte permet au membre participant, et à ses ayants droit mentionnés sur la carte de bénéficiaire de la dispense d'avance totale ou partielle, par la mutuelle SMI, de ses dépenses complémentaires aux remboursements du régime obligatoire.

Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouvertures et de clôtures des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte et sur le document joint lors de la remise de la carte.

La carte de tiers payant ne sera délivrée que pour les membres participants à jour de leur cotisation.

Le membre participant et ses ayants droit s'engagent à restituer sans délai leur carte de tiers payant en cas de dénonciation, de radiation ou d'exclusion, notamment à la suite du non paiement des cotisations.

Ils s'engagent, à défaut, à la détruire et à en attester par écrit et s'interdisent, en tout état de cause, de la communiquer aux professionnels de santé après la date d'effet de la cessation de leurs garanties.

Ils s'engagent à rembourser SMI de toute somme indûment avancée pour leur compte en cas de manquement à cette obligation.

Article 34

Prise en charge

Pour éviter aux membres participants de faire l'avance de fonds, la mutuelle SMI peut assurer, dans certains cas, la prise en charge directe de certains frais de soins auprès des établissements ou

professionnels de santé ayant signé une convention avec la mutuelle SMI.

Pour bénéficier de cet avantage, une demande de prise en charge doit être faite auprès de la mutuelle SMI.

La prise en charge ne sera délivrée que pour les bénéficiaires dont les membres participants sont à jour de leur cotisation.

Les prises en charge ne sont valables que pour une période limitée. Dans l'hypothèse où la date de facture relative à la prise en charge est postérieure à la démission de l'adhérent, les sommes seraient recouvrées par la mutuelle auprès du membre participant.

En cas de résiliation du contrat, le service des prises en charge optique et/ou dentaire est suspendu un mois avant la date d'effet de la résiliation. Cette suspension ne fait, toutefois, pas obstacle au remboursement des frais de santé engagés jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 35

Subrogation

En vertu de l'article L. 224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations indemnitaires mentionnées au dit article, la mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

La mutuelle étant subrogée de plein droit, les membres participants s'engagent à répondre aux demandes de renseignements permettant à SMI de mener à bien son action contre les tiers responsables d'accident.

La mutuelle peut, en cas de retard à lui fournir les renseignements utiles à l'exercice de sa subrogation, réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé, conformément à l'article L. 221-16 du code de la mutualité.

Chapitre VI

Fonds social

Article 36

Objet du fonds social

Il est créé, au sein de la mutuelle SMI, un fonds social, dont l'objet est l'attribution, sur dossier, d'aides exceptionnelles aux membres participants.

Ce fonds social est destiné à venir en aide aux membres participants dont la situation médicale ou celle de leurs ayants droit est particulièrement grave et dont les besoins ne sont pas ou peu couverts par les garanties de la mutuelle SMI. Le fonds social peut également intervenir pour aider certains membres participants en grandes difficultés financières à payer tout ou partie de leur cotisation.

Article 37

Fonctionnement du fonds social

Le fonds social est alimenté par un prélèvement annuel effectué sur les cotisations reçues. Le montant de ce prélèvement est décidé par le conseil d'administration.

Une commission dite « commission d'action sociale » est créée pour gérer l'attribution des aides du fonds social. Les membres de cette commission sont désignés par le conseil d'administration. Les demandes d'aide doivent faire l'objet d'un dossier présentant la situation des demandeurs, leurs ressources et leurs besoins. Ces dossiers font l'objet d'un examen approfondi de la part de la commission d'action sociale.

commerciale et de lutte contre la fraude à l'assurance et le contrat du membre participant pour les autres finalités citées. Dans ce dernier cas, le refus du membre participant de fournir ses données entraîne l'impossibilité de conclure son contrat.

Le responsable de traitement peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat pour l'évaluation du risque. Le membre participant peut, dans ce cas, demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de notre délégué à la protection des données.

Pendant combien de temps SMI conserve-t-elle les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles collectées et traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pendant cinq ans. Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet. En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles sont conservées cinq ans. Le consentement du membre participant pour le dépôt de cookies/ tags est conservé treize mois à compter de leur dépôt.

Quels sont les cookies utilisés sur le site internet de SMI ?

Pour en savoir plus sur le type de cookies déposé sur notre site et effectuer leurs choix, les membres participants peuvent consulter l'information spécifique aux cookies accessible sur la page dédiée de notre site internet.

Quels sont les droits dont disposent les membres participants ?

Les membres participants disposent tout d'abord d'un droit d'opposition, qui leur permet de s'opposer à l'usage de leurs données à des fins de prospection commerciale, à tout moment, sans frais.

Les membres participants disposent également :

- d'un droit d'accès, qui leur permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données les concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement les concernant.ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part ;
- d'un droit de demander la portabilité de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que le membre participant a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de l'utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat ;
- d'un droit de rectification, qui permet au membre participant de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant ;
- d'un droit d'effacement, qui permet au membre participant d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où les données ne seraient plus nécessaires au traitement ;
- d'un droit de limitation, qui permet au membre participant de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - si il conteste l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il lui est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits.

Le membre participant peut exercer ses droits par courrier à SMI - Cellule droit d'accès - 2 rue de Laborde - CS 40041- 75374 Paris Cedex 08.

À l'appui de sa demande d'exercice des droits, il sera demandé au membre participant de justifier de son identité.

Le membre participant peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf s'il a communiqué à SMI son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de SMI d'un contrat en vigueur.

Le membre participant peut définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données personnelles après son décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de ses données personnelles, le membre participant a la possibilité de saisir la Commission nationale de l'informatique et libertés (CNIL).



Siège social – Agence de Paris
2, rue de Laborde - CS 40041
75374 PARIS Cedex 08

Agence de Lyon
33, rue Maurice Flandin
69003 LYON

Agence de Guyane
2, rue du Capitaine Bernard
97300 CAYENNE

www.mutuelle-smi.com