

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Collectif frais de santé

OFFRES SOUMISES AU RÈGLEMENT MUTUALISTE COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ

SMI santé entreprise/SMI santé entreprise Guyane
AGSB
AGSBSA
NSTDG

Chapitre I Dispositions générales

Article 1 Objet du règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste a pour objet, dans le cadre d'une opération collective, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

L'affiliation des membres participants peut être, en fonction du choix de l'employeur ou de la personne morale, obligatoire ou facultative.

Il peut s'agir de prestations en nature, complémentaires ou non à celles versées par la Sécurité sociale.

L'employeur ou la personne morale adhère auprès de SMI, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, au présent règlement collectif dans le but de faire bénéficier, à titre obligatoire ou à titre facultatif, ses salariés ou ses membres, et le cas échéant leurs ayants droit, des garanties aux conditions déterminées dans le présent règlement mutualiste et le certificat d'adhésion le complétant.

Les relations contractuelles découlant de l'adhésion au présent règlement sont régies par les conditions de ce dernier et le certificat d'adhésion ainsi que par les statuts de la mutuelle.

Le présent règlement mutualiste respecte les dispositions du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale.

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

Il est régi par le code de la mutualité.

Article 2 Adoption du règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste est adopté par l'assemblée générale de la mutuelle SMI sur proposition du conseil d'administration.

Article 3 Modification du règlement mutualiste

Les modifications du règlement sont adoptées 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. Elles sont portées à la connaissance des employeurs ou des personnes morales et des membres participants et, le cas échéant, des membres honoraires concernés.

Les modifications des garanties sont notifiées aux membres participants par la remise par les employeurs ou personnes morales d'une notice d'information établie par la mutuelle SMI.

Article 4 Adhésion à la mutuelle

La signature de la demande d'adhésion au règlement mutualiste par l'employeur ou la personne morale emporte acceptation des conditions du présent règlement mutualiste ainsi que des statuts de SMI.

Par son adhésion au règlement, l'employeur ou la personne morale, ci-après dénommé « l'adhérent », acquiert la qualité de membre honoraire de SMI sous réserve que cette adhésion ait été acceptée par SMI.

L'adhérent décide de l'affiliation obligatoire ou facultative de ses membres ou de son personnel salarié, appartenant à la catégorie telle que définie dans l'acte juridique instituant les garanties dans l'entreprise.

L'adhérent adhère à une garantie de base obligatoire qu'il complète, le cas échéant, par une ou plusieurs garanties optionnelles.

Article 5 Date d'effet - durée de l'adhésion

À l'égard de l'adhérent, l'adhésion prend effet à la date d'effet mentionnée sur la demande d'adhésion au règlement mutualiste, et au plus tôt :

- le premier jour du mois qui suit la date de réception par SMI, de la demande d'adhésion au présent règlement signé par le représentant légal de l'adhérent, si celle-ci est postérieure au 15 du mois ;
- le premier jour du mois en cours si la date de réception d'adhésion par SMI, de la demande d'adhésion au présent règlement signé par le représentant légal de l'adhérent, est antérieure au 15 de ce mois ;

pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties selon les modalités décrites à l'article 6 du présent règlement.

Article 6 Dénonciation de l'adhésion au règlement mutualiste par l'employeur ou la personne morale souscriptrice

L'employeur ou la personne morale souscriptrice peut dénoncer son adhésion au présent règlement à l'échéance annuelle, en respectant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

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

Dans tous les cas, la dénonciation doit nous être notifiée par lettre, tout autre support durable ou moyen énoncé par l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité.

Lorsque l'adhésion s'inscrit dans le cadre d'une opération collective obligatoire, la mutuelle peut mettre fin à cette adhésion tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance prévue au règlement.

En toute hypothèse, SMI peut résilier l'adhésion :

- en cas de défaut de paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 16 du présent règlement ;
- en cas de non acceptation de la révision annuelle des cotisations par l'adhérent, prévue à l'article 14 du présent règlement.

Article 7 Membres participants et bénéficiaires

7.1 Définition des membres participants

Par membres participants, il faut entendre l'ensemble des personnes physiques qui sont affiliées, à titre obligatoire ou facultatif, au présent règlement mutualiste, dans le cadre de l'adhésion de leur employeur, ou de la personne morale dont ils sont membres.

7.2 Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations de la mutuelle SMI sont les membres participants et, le cas échéant, sous réserve que l'employeur ou la personne morale adhérente ait opté pour leur couverture et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante par le membre participant ou adhérent, leurs ayants droit figurant sur leur bulletin individuel d'affiliation.

Par ayants droit du membre participant, il convient d'entendre :

- 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 concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent 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, etc.) et à condition qu'ils ne soient ni l'un ni l'autre, par ailleurs, ni mariés, ni pacsés ;
- est considérée comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- 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. Ces enfants doivent satisfaire à l'une des conditions suivantes :
 - être âgé de moins de 18 ans et n'exercer aucune activité professionnelle ;
 - être âgé de moins de 26 ans (au plus tard jusqu'au 31 décembre de leur 26^e anniversaire), sur présentation d'un justificatif :
 - > s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures ;
 - > s'ils sont sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou d'orientation ;
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre comme demandeur d'emploi à Pôle emploi, durant une année à partir de la fin de leurs études, et au plus tard jusqu'au 31 décembre de leur 27^e anniversaire ;
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires d'une carte mobilité inclusion (CMI) avec mention invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Dans tous les cas, le bénéfice des garanties est conditionné à la présentation des pièces justificatives nécessaires, notamment l'extrait d'acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption pour l'ouverture des garanties, ou la copie de la carte d'étudiant ou du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou d'orientation, qui doit être fournie chaque année pour le maintien des garanties au-delà de 18 ans.

En outre, le nouveau-né est garanti à la date de sa naissance dans les conditions prévues par le présent règlement mutualiste si la demande en est faite à la mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du salarié soient ouverts).

Chapitre II

Affiliation et résiliation des membres participants et de leurs ayants droit

Article 8

Affiliation des membres participants et de leurs ayants droit

8.1 Affiliation des membres participants

L'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle résulte de l'adhésion au règlement mutualiste par un employeur ou une personne morale, dont les salariés ou les membres, ou une ou plusieurs catégories d'entre eux, s'affilient, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Les salariés et les membres de la personne morale acquièrent la qualité de « membre participant » à la date de leur affiliation.

La qualité de membre participant emporte la possibilité d'être représenté aux instances de la mutuelle (assemblée générale/conseil d'administration) selon les modalités fixées par les statuts de SMI et donne accès au fonds social de la mutuelle.

Notice d'information

La mutuelle SMI remettra à l'adhérent, une notice d'information qui définira les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription. L'adhérent est tenu de la remettre à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'adhérent est tenu de les informer en leur remettant une nouvelle notice établie à cet effet par SMI.

La preuve de la remise de la notice au membre participant et des

informations relatives aux modifications apportées au règlement incombe à l'adhérent.

8.2 Affiliation des ayants droit

Les ayants droit du membre participant tels que définis à l'article 7.2 du présent règlement mutualiste sont affiliés, conformément aux modalités prévues au sein de l'acte instituant le régime frais de santé ou le certificat d'adhésion, soit de façon facultative, soit de façon obligatoire.

L'adhérent indique sur sa demande d'adhésion au règlement mutualiste si l'affiliation des ayants droit des membres participants est obligatoire ou facultative :

- dans le cas d'une affiliation obligatoire des ayants droit, chaque membre participant doit cotiser conformément à sa situation de famille réelle et signaler impérativement à l'adhérent et à SMI toute modification de sa situation familiale ;
- dans le cas d'une affiliation facultative des ayants droit, chaque membre participant a le choix d'affilier ou non tout ou partie de ses ayants droit.

Article 9

Date d'effet – durée de l'affiliation

9.1 À l'égard des membres participants

9.1.1 Prise d'effet de l'affiliation des membres participants

- L'affiliation facultative prend effet, sous réserve de la réception par SMI de leur bulletin d'affiliation :
 - soit à la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion au règlement mutualiste si le membre participant adresse son bulletin d'affiliation dans les trois mois suivant cette même date d'effet ;
 - soit le premier jour du mois de sa date d'embauche dans la catégorie ou de sa date d'entrée dans la catégorie si le membre participant adresse son bulletin d'affiliation dans les trois mois suivant cette même date (sur présentation d'un justificatif attestant de sa date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie) ;
 - soit dans les cas autres que ceux visés aux deux précédents alinéas, le premier jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'affiliation au présent règlement si celle-ci est postérieure au 15 inclus de ce mois, ou le premier jour du mois en cours si la date de réception du bulletin d'affiliation au règlement est antérieure au 15 de ce mois.
- L'affiliation obligatoire prend effet :
 - soit dès la date d'effet mentionnée dans le certificat d'adhésion pour les salariés relevant de la catégorie de personnel bénéficiant des garanties présents à cette date ;
 - soit à compter du premier jour du mois de leur embauche ou le premier jour du mois de leur entrée dans la catégorie de personnel, ou le cas échéant, le premier jour du mois auquel ils satisfont à la condition d'ancienneté prévue dans l'acte juridique instituant les garanties dans l'entreprise ;
 - soit si le salarié est déjà présent chez l'adhérent et qu'il bénéficie d'une dispense d'affiliation mentionnée dans l'acte instituant le régime, dès lors qu'il renonce à s'en prévaloir ou que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, à compter du premier jour suivant la modification de sa situation.

9.1.2 Durée de l'affiliation des membres participants

- **Lorsque l'affiliation au règlement est obligatoire, elle poursuit ses effets jusqu'à la résiliation de l'adhésion au règlement par l'adhérent ou la mutuelle SMI, selon les modalités décrites à l'article du 6 présent règlement, ou rupture du contrat de travail du membre participant ou sa sortie de la catégorie de personnel bénéficiaire des garanties, dans les conditions décrites aux articles 27 et 28 du présent règlement.**
- **Lorsque, dans le cadre d'un contrat mettant en œuvre une opération collective à adhésion obligatoire, une option est librement souscrite, elle prend effet pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de un an, sauf :**
 - résiliation par l'adhérent de son adhésion au règlement, selon les modalités décrites à l'article 6 du présent règlement ;
 - résiliation par SMI en cas de défaut de paiement des

- cotisations ;
- résiliation de l'option par le membre participant par lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité, adressée avant le 31 octobre de chaque année ;
- perte, par le membre participant, de sa qualité de membre de la personne morale adhérente.

Ces dispositions sont applicables aux adhésions souscrites dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, ces dernières bénéficiant en outre de la faculté de dénoncer l'adhésion à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités, en adressant à la mutuelle une lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

9.2 À l'égard des ayants droit

L'affiliation obligatoire des ayants droit prend effet, sous réserve de leur déclaration sur le bulletin individuel d'affiliation :

- soit à la même date que celle du membre participant si les ayants droit sont déclarés sur le bulletin individuel d'affiliation ou au plus tard dans les trois mois suivant l'affiliation du membre participant ;
- soit pour les ayants droit bénéficiant d'une dispense d'affiliation prévue par l'acte instituant le régime : à compter du premier jour du mois au cours duquel cesse la dispense d'affiliation, sous réserve que la demande d'affiliation (formalisée par un bulletin d'affiliation modificatif) soit adressée à SMI par le membre participant dans le mois suivant la date de fin de la dispense d'affiliation ;
- soit pour les nouveaux nés : à compter du premier jour du mois de leur naissance sous réserve que leur inscription soit demandée (par le biais d'un bulletin d'affiliation modificatif) dans les trois mois qui suivent la naissance et que les droits du salarié de l'entreprise soient déjà ouverts ;
- soit à défaut de déclaration dans les délais précités ou pour les personnes acquérant postérieurement à la date d'effet de l'affiliation du membre participant la qualité d'ayant droit au sens du présent règlement mutualiste (sur présentation de justificatifs) : au premier jour du mois suivant la réception par SMI de la demande d'affiliation (formalisée par un bulletin d'affiliation modificatif) adressée par le membre participant.

L'affiliation facultative des ayants droit prend effet, sous réserve de leur déclaration sur le bulletin individuel d'affiliation :

- soit à la même date que celle du membre participant pour les ayants droit dont celui-ci a demandé l'affiliation en les déclarant sur son bulletin individuel d'affiliation ou au plus tard dans les trois mois suivant son affiliation ;
- soit pour les ayants droit non affiliés à la même date que le membre participant :
 - produisant à l'appui de leur demande d'affiliation un certificat de radiation datant de moins d'un mois émanant de leur précédent organisme complémentaire : dès le premier jour du mois suivant leur radiation auprès du précédent organisme complémentaire, sous réserve que les droits du salarié soient déjà ouverts ;
 - ne produisant pas de certificat de radiation de moins d'un mois ou ne disposant pas de précédente couverture complémentaire frais de santé : à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par SMI.
- soit pour les nouveaux nés : à compter du premier jour du mois de leur naissance sous réserve que leur inscription soit demandée dans les trois mois qui suivent la naissance et que les droits du salarié de l'entreprise soient déjà ouverts.

Article 10

Modalité d'affiliation

L'adhérent doit adresser à la mutuelle SMI, les pièces suivantes :

10.1 À l'adhésion

- un bulletin d'affiliation pour chaque membre participant, indiquant ses nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale et le cas échéant, de chaque ayant droit, ainsi que son adresse ;
- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne de chaque membre participant ;
- une copie de l'attestation de la carte vitale de chacun des bénéficiaires assurés sociaux ;

- la liste des anciens salariés bénéficiant, à la date d'effet de l'adhésion, du maintien des garanties conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, avec indication pour chacun d'eux et, le cas échéant pour leurs ayants droit régulièrement inscrits, de leurs nom, prénom, adresse, numéro de Sécurité sociale, date de naissance, date de début et de fin de la période de portabilité.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations ou d'assistance est destiné à mettre en œuvre les garanties auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires sollicités par SMI dans l'organisation de la gestion.

10.2 En cours d'exercice

- Entrée de nouveaux membres participants : les pièces prévues au 10.1 du présent règlement mutualiste avec indication de la date d'effet de l'affiliation.
- Sortie des membres participants : un état mensuel nominatif du personnel sorti, avec les dates de départ et les motifs de sortie (rupture du contrat de travail ou décès).
- Modification de situation de famille : un bulletin d'affiliation/modification avec l'indication des changements de situation de famille, leur date de survenance et la copie de l'attestation de la carte vitale des nouveaux bénéficiaires.

Ces états doivent être transmis dans les trois mois suivant l'événement. En cas de transmission tardive, l'affiliation du membre participant ou de ses ayants droits prend effet à la date de la transmission des états.

10.3 À chaque renouvellement du règlement

Au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif des membres participants et des ayants droit de l'année précédente.

Les informations communiquées sont indispensables pour l'attribution des garanties. Elles permettent à SMI d'apprécier les conditions de la couverture. L'adhérent atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

Article 11

Dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation au régime frais de santé

Lorsque l'affiliation au règlement est obligatoire, peuvent néanmoins en être dispensés, sous réserve d'avoir clairement exprimé leur volonté de ne pas cotiser, les salariés se trouvant dans l'une des situations énoncées dans l'acte instituant les garanties complémentaire frais de santé dans l'entreprise et reconnues, en application des textes en vigueur et notamment de l'article R.242-1-6 du code de la Sécurité sociale, des circulaires de la direction de la Sécurité sociale, des instructions fiscales, comme constituant des cas possibles d'exonération d'affiliation dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Dès lors que les conditions ayant justifié la dispense d'affiliation cessent, le salarié doit cotiser obligatoirement au règlement auquel adhère l'adhérent, à compter du premier jour suivant la modification de situation.

Article 12

Résiliation de l'affiliation des membres participants et/ou de leurs ayants droit

12.1 Dénonciation d'une option dans le cadre d'un contrat mettant en œuvre une opération collective à adhésion obligatoire

Le membre participant ayant librement souscrit une option dans le cadre d'un contrat mettant en œuvre une opération collective à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion et/ou à celle de ses ayants droits couverts à titre optionnel par le présent règlement en envoyant sa dénonciation par lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance mentionnée au présent règlement (soit avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant).

En tout état de cause, la dénonciation de l'option souscrite par le membre participant entraîne la dénonciation de l'option de même niveau souscrite au bénéfice de ses ayants droit (sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Évin).

12.2 Résiliation dans le cadre d'un contrat collectif facultatif

Le membre participant ayant adhéré à un contrat collectif facultatif souscrit par son employeur ou une personne morale peut dénoncer son adhésion à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités, en adressant à la mutuelle une lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

En tout état de cause, la dénonciation de l'adhésion du membre participant entraîne la dénonciation de l'adhésion de ses ayants droit (sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Évin).

Chapitre III Cotisations

Article 13

Détermination des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L.112-1 du code de la mutualité et définies au certificat d'adhésion. Elles sont déterminées en fonction notamment des garanties souscrites, elles-mêmes déterminées compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du présent règlement mutualiste.

En cas de modification de ces dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, les cotisations peuvent être révisées conformément à l'article 14 du présent règlement mutualiste.

Les cotisations sont exprimées en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Au sein d'une même adhésion, lorsque l'affiliation des membres participants est facultative, la mutuelle SMI ne peut instituer des différences de cotisations basées sur l'état de santé des membres participants et de leurs ayants droit.

L'adhérent précise sur sa demande d'adhésion au règlement mutualiste la structure de cotisations retenue applicable à l'ensemble des membres participants appartenant à la même catégorie parmi les structures de cotisations ci-après détaillées :

- uniforme : cette cotisation couvre le membre participant et l'ensemble de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste et régulièrement affiliés ;

- isolé/famille :

- la cotisation « isolé » couvre le membre participant seul ;
- la cotisation « famille » couvre le membre participant et :

> si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est obligatoire, l'ensemble de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste et régulièrement affiliés ;

> si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est facultative, tout ou partie de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste et régulièrement affiliés ;

- isolé/duo/famille :

- la cotisation « isolé » couvre le membre participant seul ;
- la cotisation « duo » couvre le membre participant et :

> si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est obligatoire, son seul ayant droit tel que défini au présent règlement mutualiste et régulièrement affilié ;

> si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est facultative, un seul de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste et régulièrement affilié ;

- la cotisation « famille » couvre le membre participant et :

> si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est obligatoire, l'ensemble de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste et régulièrement affiliés ;

> si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est facultative, tout ou partie de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste et régulièrement affiliés ;

- adulte/enfant : la cotisation dépend du type de bénéficiaires affiliés. Le membre participant indique le nombre d'adultes et d'en-

fants bénéficiaires des garanties lors de son affiliation :

- si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est obligatoire, le membre participant soit affilier l'ensemble de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste ;

- si l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est facultative, le membre participant peut affilier tout ou partie de ses ayants droit tels que définis au présent règlement mutualiste et régulièrement affiliés.

La structure de cotisations retenue par l'adhérent sur sa demande d'adhésion au règlement mutualiste est indiquée au certificat d'adhésion joint au présent règlement mutualiste.

En cas d'affiliation ou de radiation des ayants droit entraînant une modification de la cotisation applicable pour le membre participant, cette modification de cotisation est appliquée dès le premier jour du mois au cours duquel la modification est prise en compte.

Article 14

Révision des cotisations

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques de la gamme précisée au certificat d'adhésion à laquelle a adhéré l'adhérent et relevant du présent règlement mutualiste, des prévisions de consommation ou de l'évolution du coût des prestations couvertes.

Néanmoins, lorsque le risque se trouve aggravé, ou en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, le conseil d'administration de SMI pourra réviser les cotisations ou les prestations. Cette révision sera applicable dès sa notification aux adhérents conformément à l'article 3 du présent règlement.

Les membres participants sont informés par l'adhérent des modifications apportées.

Article 15

Paie ment des cotisations

La cotisation est annuelle et payable par l'adhérent. La date d'échéance des cotisations, leur périodicité et leur mode de paiement sont définis dans le certificat d'adhésion.

L'adhérent paie les cotisations de la période initiale sur les bases de l'effectif assuré au jour de la prise d'effet du contrat. Les mois suivants se calculent suivant le même principe, à savoir, prise en compte de l'effectif assuré au premier jour du mois concerné et comprennent les régularisations des entrées et sorties du mois précédent.

La responsabilité du paiement des cotisations (y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des membres participants) incombe exclusivement à l'adhérent.

Les cotisations sont payables par chèque, par prélèvement bancaire ou de caisse d'épargne ou par virement.

Article 16

Défaut de paiement des cotisations

16.1 Défaut de paiement des cotisations précomptées par l'adhérent dans le cadre des opérations collectives obligatoires ou facultatives

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires ou facultatives lorsque l'employeur ou la personne morale précompte la cotisation du membre participant : à défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due, dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue après un délai de trente jours à compter de l'envoi d'une lettre de mise en demeure adressée à l'adhérent.

Dans la lettre de mise en demeure que SMI adresse à l'employeur ou à la personne morale, elle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

La mutuelle SMI a le droit de résilier l'adhésion de l'employeur au règlement mutualiste dix jours après le délai de trente jours précité. L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle SMI, ont été payées à la mutuelle SMI les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension 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.

16.2 Défaut de paiement des cotisations non précomptées par l'adhérent dans le cadre des opérations collectives facultatives

Dans le cadre des opérations collectives facultatives, lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte de la cotisation des membres participants : le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

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

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

16.3 Défaut de paiement des cotisations non précomptées par l'adhérent afférentes aux options souscrites à titre individuel par le membre participant

Dans le cadre des options souscrites à titre individuel par le membre participant, lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte de la cotisation à la charge du membre participant : à défaut de paiement de sa cotisation par le membre participant dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

La mutuelle SMI peut résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité.

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 paiement 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 pendant la période de suspension, 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.

Chapitre IV Garanties et prestations

Article 17 Prestations

Lorsque l'affiliation du membre participant résulte de la qualité de salarié de l'adhérent, les prestations définies au certificat d'adhésion sont servies sous réserve que les titulaires de la garantie soient liés à l'adhérent par un contrat de travail non suspendu ou d'un contrat de travail suspendu et indemnisé au sens de l'alinéa 1 de l'article 26 du présent règlement mutualiste.

Lorsque l'affiliation du membre participant non salarié est facultative et résulte de sa qualité de membre de l'adhérent, les prestations sont servies tant qu'il reste membre de l'adhérent et que son affiliation n'a pas été résiliée. Les prestations accordées au titre du présent règlement mutualiste viennent en complément des remboursements effectués par un régime de Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale entraîne l'absence de remboursement de SMI, sauf stipulation expresse contraire prévue au certificat d'adhésion.

Lorsque l'employeur a adhéré, à titre facultatif à une option de garanties supplémentaires, le membre participant a le choix d'y être affilié, dans les conditions prévues à l'article 25 du présent règlement mutualiste. Ce choix est identique pour ses ayants droit.

Toute modification de garanties entraînera l'émission d'une nouvelle notice d'information qui devra être remise par l'adhérent à

l'ensemble des membres participants.

Article 18 Étendue territoriale

Les garanties définies au certificat d'adhésion ne sont acquises qu'aux membres participants exerçant leur activité en France (départements et collectivités d'outre-mer compris) ou aux salariés détachés dès lors qu'ils bénéficient des remboursements d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale française.

Elle s'étend aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire du bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes. Les prestations sont alors payées en euros.

Article 19 Dispositif du contrat responsable

19.1 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 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.**

19.2 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 autorisés d'honoraires 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.

19.3 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 pres-

tations 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 reconstitue 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, zircone 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)

Différence entre la base de remboursement et le montant rem-

boursé 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 remboursées par la mutuelle SMI). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, 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 20

Risques exclus

Sauf disposition contraire mentionné dans le tableau de garantie annexé au certificat d'adhésion, 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 médicosocial (Mas, Ehpad, etc.) ;

n'ouvriront droit à remboursement de la part de SMI que pour les garanties entrant dans le cadre des contrats dits « responsables » fixé par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

Article 21

Demandes de remboursement

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

- soit par télétransmission de type Noémie ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire ;
- soit sur présentation, par le membre participant, des décomptes ou relevés de décomptes de l'organisme de Sécurité sociale, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement. Seuls les documents originaux seront pris en compte par la mutuelle SMI.

21.2

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

21.3

Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment ou par erreur des prestations, la mutuelle se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

21.4

Toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner la nullité de la garantie conformément à l'article 30 du présent règlement.

Article 22

Droits aux prestations

22.1

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).

22.2

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.

22.3

Aucune prestation ne sera servie après la date d'effet de la cessation des garanties sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouvertures 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.

Il en sera de même pour les cas de suspension prévus à l'article 26 du présent règlement mutualiste.

Article 23

Paiement des prestations

Les prestations, prévues par le présent règlement, seront versées par virement ou par chèque, dans un délai de 48 heures à compter de la date de réception de l'ensemble des pièces justificatives, directement aux membres participants ou à une tierce personne désignée sur le bulletin d'affiliation.

Des accords d'échanges informatisés ont été signés avec l'ensemble des CPAM de France, permettant de faire bénéficier les assurés du régime général de la gestion Noémie.

La mise en place est automatique pour tous les membres participants et leurs ayants droit fournissant la copie de leur attestation Vitale (en cours de validité), sauf :

- en cas de refus du membre participant notifié par courrier ;
- si la gestion Noémie fonctionne déjà auprès d'un autre organisme complémentaire (pour un ayant droit du membre participant).

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

Présentation des demandes de remboursement :

Par dérogation à l'article 36 du présent règlement, en cas de résiliation de l'adhésion au présent règlement, le délai de présentation des demandes de remboursement est ramené à six mois à partir de la date d'effet de la résiliation.

Article 24

Date de prise d'effet de la garantie pour le membre

participant et ses ayants droit

24.1 Prise d'effet de la garantie pour le membre participant

24.1.1 Dans le cadre des opérations collectives obligatoires

Les garanties prennent effet, à l'égard du membre participant, selon les modalités suivantes :

- si le salarié est déjà présent dans l'entreprise et appartient à la catégorie indiquée au certificat d'adhésion : dès la date de prise d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion au présent règlement mutualiste auquel adhère son employeur auprès de la mutuelle SMI, sous réserve que le salarié n'ait pas demandé à bénéficier des dispenses d'affiliation telles que prévues, éventuellement, par l'acte instituant le régime frais de santé ;
- si le salarié appartenant à la catégorie indiquée au certificat d'adhésion est embauché postérieurement à la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion au présent règlement mutualiste : dès le premier jour du mois de son embauche sous réserve qu'il ait retourné, dans les trois mois suivant son entrée dans l'entreprise, son bulletin d'affiliation à son service des ressources humaines, et qu'il n'ait pas demandé à bénéficier des dispenses d'affiliation telles que prévues, éventuellement, par l'acte instituant le régime frais de santé ;
- si le salarié est muté et appartient de ce fait à la catégorie indiquée au certificat d'adhésion postérieurement à la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion au présent règlement mutualiste : dès le premier jour du mois de son entrée dans la catégorie sous réserve qu'il ait retourné, dans les trois mois suivant son entrée dans l'entreprise, son bulletin d'affiliation à son service des ressources humaines, et qu'il n'ait pas demandé à bénéficier des dispenses d'affiliation telles que prévues, éventuellement, par l'acte instituant le régime frais de santé ;
- si le salarié appartenant à la catégorie indiquée au certificat d'adhésion acquiert l'ancienneté, prévue éventuellement au sein de l'acte instituant le régime frais de santé, postérieurement à la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion au présent règlement mutualiste : dès le premier jour du mois au cours duquel il acquiert l'ancienneté requise, sous réserve qu'il ait retourné, dans les trois mois suivant son entrée dans l'entreprise, son bulletin d'affiliation à son service des ressources humaines, et qu'il n'ait pas demandé à bénéficier des dispenses d'affiliation telles que prévues, éventuellement, par l'acte instituant le régime frais de santé. À défaut d'affiliation dans le délai stipulé ci-dessus, les garanties prennent effet à la date de la demande d'affiliation ;
- si le salarié est déjà présent dans l'entreprise et qu'il bénéficie d'une dispense d'affiliation mentionnée dans l'acte instituant le régime : dès lors qu'il renonce à s'en prévaloir ou que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, au premier jour suivant la modification de sa situation.

24.1.2 Dans le cadre des opérations collectives facultatives

Les garanties prennent effet, à l'égard du membre participant, selon les modalités suivantes :

- à la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion au règlement mutualiste si le membre participant adresse son bulletin d'affiliation dans les trois mois suivant cette même date d'effet ;
- le premier jour du mois de sa date d'embauche dans la catégorie ou de la date de son entrée dans la catégorie si le membre participant adresse son bulletin d'affiliation dans les trois mois suivant cette même date ;
- dans les cas autres que ceux visés aux deux précédents alinéas, le premier jour du mois qui suit la date de réception de son bulletin d'affiliation au présent règlement si celle-ci est postérieure au 15 inclus de ce mois, ou le premier jour du mois en cours si la date de réception du bulletin d'affiliation au règlement est antérieure au 15 de ce mois.

24.2 Prise d'effet de la garantie pour les ayants droit

24.2.1 Ayants droit affiliés à la même date que le membre participant

Que l'affiliation des ayants droit telle que prévue par l'acte instituant le régime frais de santé soit obligatoire ou facultative, les garanties prennent effet à la même date que pour le membre participant pour les ayants droit dûment déclarés sur le bulletin individuel d'affiliation et effectivement affiliés au plus tard dans les trois mois suivant l'affiliation du membre participant.

24.2.2 Ayants droit non affiliés à la même date que le membre

participant

- Dans le cas où l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est obligatoire :
 - à l'égard de l'ayant droit cessant de bénéficier d'une dispense d'affiliation telle que prévue éventuellement au sein de l'acte instituant le régime : les garanties prennent effet dès le premier jour du mois au cours duquel cesse la dispense d'affiliation, sous réserve que la demande d'affiliation soit adressée à SMI par le membre participant dans le mois suivant la date de fin de la dispense d'affiliation ;
 - à l'égard du nouvel ayant droit du membre participant : les garanties prennent effet dès le premier jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation (formalisée par un bulletin d'affiliation modificatif) par SMI.
- Dans le cas où l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime frais de santé est facultative :
 - à l'égard de l'ayant droit produisant à l'appui de sa demande d'affiliation (formalisée par l'envoi d'un bulletin d'affiliation modificatif) un certificat de radiation datant de moins de un mois émanant de son précédent organisme complémentaire : les garanties prennent effet dès le premier jour du mois suivant leur radiation auprès du précédent organisme assureur, sous réserve que les droits du salarié soient déjà ouverts ;
 - à l'égard de l'ayant droit dont la demande d'affiliation (formalisée par l'envoi d'un bulletin d'affiliation modificatif) ne fait pas suite immédiatement à la radiation auprès de son précédent organisme assureur, ou s'il ne bénéficie pas de précédente couverture complémentaire frais de santé : les garanties prennent effet dès le premier jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par SMI.

Pour les nouveau-nés (que l'affiliation des ayants droit prévue au sein de l'acte instituant le régime soit obligatoire ou facultative) : les garanties prennent effet dès le premier jour du mois de leur naissance, sous réserve que leur inscription soit demandée dans les trois mois suivant celle-ci et que les droits du salarié soient ouverts.

Remarques :

- les droits aux remboursements des enfants nouveau-nés inscrits dans les conditions ci-dessus, sont ouverts dès le jour de leur naissance. La modification (éventuelle) de cotisation ne sera effective qu'à effet du mois suivant, pour les enfants nés entre le 15 et la fin du mois ;
- en aucun cas, l'affiliation d'un bénéficiaire ne pourra être enregistrée avec effet rétroactif ;
- la validité du certificat de radiation est fixée à un mois à compter de la date de démission du précédent organisme assureur.

Article 25

Mutation de la garantie

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, lorsque l'employeur a adhéré, en sus de la garantie de base obligatoire, à une option de garanties supplémentaires à titre facultatif, le membre participant est obligatoirement affilié à la garantie de base obligatoire et a le choix d'être affilié à l'option. Le choix retenu par le membre participant vaut tant pour lui-même que pour ses ayants droit. Ce choix est effectué par le membre participant lors de son affiliation et figure sur son bulletin individuel d'affiliation. À défaut de choix exprimé par l'adhérent sur son bulletin individuel d'affiliation, l'affiliation à la garantie de base obligatoire est systématiquement seule retenue.

Postérieurement à son affiliation :

- la mutation de la garantie d'un membre participant vers un niveau de garantie supérieure ne pourra être acceptée qu'à l'échéance principale du 1^{er} janvier, sous réserve que la demande soit parvenue à SMI avant cette date ;
- elle pourra toutefois intervenir exceptionnellement en cours d'année à l'occasion d'un changement de situation familiale : mariage, naissance, etc. Dans ce cas, la date d'effet interviendra au plus tôt, le premier jour du mois du trimestre civil suivant la réception de la demande ;
- la demande de mutation vers un niveau de garantie inférieure pourra intervenir à l'échéance principale du 1^{er} janvier, en cas de variation de la cotisation de plus de 10 % ou à l'issue d'une période de deux années dans l'option supérieure, sous réserve que la demande soit parvenue à SMI avant cette date ;
- elle pourra toutefois intervenir exceptionnellement en cours

d'année à l'occasion d'un changement de situation professionnelle ou familiale : chômage, perte d'emploi du conjoint, divorce, etc. Dans ce cas, la date d'effet interviendra au plus tôt, le premier jour du mois du trimestre civil suivant la réception de la demande.

Article 26

Suspension du contrat de travail et effet sur les garanties

Lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre de garanties collectives et obligatoires, instituées par leur employeur, l'affiliation des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que pendant cette période de suspension, ils bénéficient :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congés rémunérés par l'employeur (reclassement, mobilité, etc.)

Parallèlement, la cotisation de l'adhérent au financement du régime est versée pendant toute la période de suspension indemnisée du contrat et le salarié dont le contrat est suspendu reste redevable de sa part de cotisation.

Lorsque le salarié ne bénéficie plus d'un des cas de suspension du contrat de travail indemnisé par l'employeur listé au premier alinéa du présent article, la garantie est suspendue de plein droit dans les cas de suspension du contrat de travail prévus par le code du travail et notamment :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- service national, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- tout autre cas de congé ne donnant pas lieu à indemnité par l'employeur et reconnu par la législation en vigueur.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par le membre participant, au sein du groupe, sous réserve que la mutuelle SMI en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Au-delà de ce délai, la garantie ne prend effet qu'à l'issue d'une période d'un mois à compter de la réception, par la mutuelle SMI, de la déclaration de l'adhérent. Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du membre participant.

Les prestations dont la date des soins se situe durant cette période de suspension, ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent règlement mutualiste.

Article 27

Cessation des garanties

Les garanties cessent au titre du présent règlement mutualiste :

- à l'issue de la procédure applicable en cas de non-paiement des cotisations telle que prévue à l'article 16 du présent règlement mutualiste ;
- au dernier jour du mois de la rupture du contrat de travail ou de la perte de la qualité de salarié ou de membre participant de la personne morale ;
- à la date de la liquidation de la retraite de Sécurité sociale du membre participant, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi-retraite tel que défini par l'article L.161-22 du code de la Sécurité sociale ;
- à la date à laquelle le membre participant cesse d'appartenir à la catégorie définie dans le certificat d'adhésion ;
- à la date d'effet de la résiliation de son affiliation par le membre participant dans les conditions définies à l'article 12 du présent règlement mutualiste, si cette affiliation est facultative ;
- et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent règlement mutualiste, par SMI ou par l'adhérent.

Les frais engagés postérieurement à la date d'effet de la garantie

et antérieurement à cette date de résiliation sont pris en charge dans les conditions définies au présent règlement mutualiste.

La cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice de l'adhérent entraîne, à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de ses ayants droit.

Article 28

Portabilité des droits

(dans le cadre de l'adhésion d'un employeur pour ses salariés)

En application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, un dispositif de portabilité permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'un maintien de la couverture frais de santé en vigueur dans l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Pour ce faire, lorsque SMI est informée par l'employeur du départ d'un salarié, elle contacte l'ex-salarié dont le contrat de travail est rompu pour l'informer de ses droits relatifs à la portabilité. À charge pour ce dernier de transmettre à SMI les justificatifs d'inscription et d'indemnisation par Pôle emploi requis.

28.1 Prise d'effet, durée et cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties prévues au sein de l'acte instituant le régime et faisant l'objet d'un précompte par l'employeur est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs exécutés au sein de l'adhérent. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

La mutuelle SMI s'engage à assurer la prise en charge du dispositif de portabilité dont bénéficiaient les salariés de l'adhérent avant l'adhésion au présent règlement mutualiste.

A contrario et sous réserve des dispositions de l'article 7 de la loi n°891009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin, lors de la résiliation de l'adhésion au présent règlement mutualiste, les salariés de l'adhérent bénéficiant du dispositif de portabilité ne seront pas pris en charge par la mutuelle SMI.

28.2 Obligations du membre participant

Le membre participant devra faire parvenir à SMI le justificatif initial attestant de sa prise en charge par l'assurance chômage et renouveler l'envoi d'une attestation chaque trimestre durant la période de maintien des garanties.

En cas de remise tardive des justificatifs visés ci-dessus, le service de prestations au titre de la portabilité sera suspendu jusqu'à réception de ces justificatifs par SMI et le versement des prestations sera rétroactif.

Faute de recevoir ce document, la portabilité cessera immédiatement.

En tout état de cause, la portabilité des droits cessera dès que le membre participant ne sera plus pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Il s'engage, en conséquence, à informer SMI de tout événement entraînant la suppression de sa prise en charge (reprise d'un emploi, radiation, etc.).

La mutuelle SMI se réserve le droit, pour toute demande de prestation, de demander tout justificatif d'affiliation et de perception des allocations de retour à l'emploi. En cas de constatation de l'absence ou de la perte de la qualité de ressortissant de l'assurance chômage, la mutuelle SMI sera fondée à refuser le versement de la prestation demandée. Si des prestations ont déjà été versées, elle pourra en demander le remboursement.

28.3 Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur chez l'adhérent pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la rupture de son contrat de travail. Toute modification des garanties pendant la période de portabilité sera immédiatement applicable aux anciens salariés bénéficiaires de la portabilité.

28.4 Modalités de financement

Le financement de la portabilité des droits est intégré aux cotisations du régime de « remboursement des frais médicaux » des

salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

L'équilibre contractuel reposant notamment sur le volume de salariés assurés, toute réduction des effectifs de plus de 15 % sur une période de 60 jours continus, pour quelque cause que ce soit, notamment mais non exclusivement en cas de procédure collective, de plan de sauvegarde de l'emploi ou de licenciements massifs, ne peut être prise en charge au titre de la portabilité qu'en contrepartie du paiement d'une prime unique.

L'adhérent s'engage à informer SMI dans un délai de dix jours à compter de l'atteinte de ces seuils.

Le montant de cette prime unique sera calculé en tenant compte notamment :

- de la proportion entre le nombre d'anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits et le nombre de salariés en activité affiliés au présent contrat ;
- des droits à portabilité estimés par SMI sur la base de la liste nominative détaillée des bénéficiaires des droits à portabilité communiquée par le souscripteur.

À défaut du paiement de cette prime unique, dans son intégralité, les garanties prévues au contrat cesseront après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 16 relatif au défaut de paiement des cotisations, mettant ainsi un terme à la portabilité des droits visée à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.

La dissolution de l'entreprise entraînant de facto la résiliation du contrat d'assurance, le maintien des garanties au titre de la portabilité cesse de plein droit à compter de la dissolution, quelle que soit la date à compter de laquelle les droits à portabilité ont pu être ouverts.

Article 29

Maintien des garanties « loi Évin »

(dans le cadre d'une adhésion obligatoire d'un employeur pour ses salariés)

En application de l'article 4 de la loi n° 1989-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier, à titre individuel, du maintien de la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical :

- les anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre de la portabilité ;
- les personnes garanties au titre du membre participant décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Les intéressés auront le choix entre le maintien à leur profit de garanties identiques à celles des actifs et une gamme standard de la mutuelle SMI, à adhésion individuelle facultative.

Les conditions tarifaires, respectant les maxima fixés par décret, dans lesquelles SMI maintient cette couverture à titre individuel, ainsi que les tarifs des gammes standards individuelles, sont communiqués sur demande aux anciens salariés ou aux ayants droit de membres participants décédés.

La mutuelle SMI informe les bénéficiaires de ce droit dans les deux mois suivant l'événement qui y donne naissance. L'adhérent s'engage à informer la mutuelle SMI du départ ou du décès d'un de ses salariés dans les huit jours suivant sa survenance.

Les garanties prennent effet le premier jour qui suit la cassation du contrat de travail ou la fin de la portabilité, quelle que soit la date de la demande. En cas de demande tardive, les cotisations sont dues.

Article 30

Fausse déclaration intentionnelle du membre participant

La garantie accordée au membre participant par SMI 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 SMI, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à SMI qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité.

CHAPITRE V Exécution du règlement

Article 31

Prise d'effet et durée

Les termes du présent règlement sont applicables dès son adoption par l'assemblée générale.

Les prestations et les cotisations peuvent être modifiées 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. Les modifications ainsi apportées deviennent applicables à compter de leur notification et doivent être ratifiées par la plus proche assemblée générale.

Article 32

Déclaration de l'adhérent - Carte de tiers payant

32.1 Déclaration de l'adhérent

L'adhérent doit répondre avec exactitude aux questions posées par la mutuelle SMI, au moment de l'adhésion au règlement mutualiste ou au cours de son exécution. Toute erreur ou fausse déclaration de sa part pourra entraîner l'attribution de dommages et intérêts.

32.2 Carte de tiers payant

SMI met à la disposition des membres participants et, le cas échéant, de leurs ayants droit un service de dispense, de tout ou partie, d'avance des frais de soins engagés auprès des professionnels de santé, dans les conditions définies à l'article 19.1 (obligation de prise en charge du dispositif du contrat responsable). Une carte nominative précisant les garanties concernées par ce service est délivrée à l'adhérent.

Cette carte permet au membre participant et à ses ayants droit mentionnés sur la carte, de bénéficier 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.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice s'engage à demander la restitution de la carte de tiers payant en cours de validité, remise au membre participant dans le cadre du présent règlement, dans un délai de quinze jours suivant son départ de l'entreprise (radiation des effectifs) ou du départ du groupe assurable. En cas de non-restitution, et afin de dégager sa responsabilité, l'entreprise ou la personne morale souscriptrice sera tenue d'en informer SMI dans un délai de quinze jours suivant le départ du salarié.

Le membre participant et ses ayants droit s'engagent, à défaut de restitution, 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.

Chapitre VI Dispositions diverses

Article 33

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de SMI est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (APCR) sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 34

Subrogation

La mutuelle SMI est subrogée de plein droit aux membres partici-

pants et aux ayants droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par la mutuelle 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.

En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

Si le membre participant et/ou ses ayants droit bénéficient d'une assurance permettant son indemnisation (assurance individuelle, personnes transportées en automobile, etc.), ils doivent demander à l'assureur le règlement des prestations dues et réclamer à la mutuelle, s'il y a lieu, un complément de prestations dans la limite de la catégorie à laquelle ils appartiennent, si toutefois ils n'ont pu obtenir la totalité du remboursement de leur assureur.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 35

Informatique et libertés

À qui sont transmises les données personnelles des adhérents ?

Les données personnelles des membres participants sont destinées à la mutuelle SMI, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, SIREN 784 669 954, dont le siège social se situe 2 rue de Laborde - CS 40041- 75374 Paris Cedex 08. Pour obtenir des informations sur la mutuelle, le membre participant peut consulter le site www.mutuelle-smi.com.

Les données personnelles des membres participants peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à leurs partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à SMI de réaliser des opérations de prospection commerciale et lui proposer le service ou le produit le plus adapté à ses besoins. Ce traitement a pour base légale l'intérêt légitime des responsables de traitement.

Les informations complémentaires sur la collecte et le traitement des données personnelles du membre participant sont disponibles sur le site de la mutuelle. Le membre participant peut contacter le délégué à la protection des données par courrier postal auprès de SMI - Cellule droit d'accès - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 8 ou par mail à protectiondesdonnees@mutuelle-smi.com.

Pourquoi avons-nous besoin de collecter et traiter les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à SMI de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de leur contrat d'assurance ;
- mener des actions de prévention ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- conduire des actions de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées ;
- élaborer des statistiques et des études actuarielles ;
- exercer des recours et la gestion des réclamations ;
- exécuter les obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Ces traitements ont pour bases légales l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection 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 : il 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 : il 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 ;
 - s'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 auprès de 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).

Article 36

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 l'article 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 37

Réclamation - médiation

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

- par courrier à SMI - Service qualité - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08
- par internet sur www.mutuelle-smi.com
- par 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.

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.

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 sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr>



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