

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Adhésions en
complémentaire santé
des agents des
collectivités
territoriales

Le présent règlement mutualiste garantissant des frais de santé a fait l'objet de la délivrance d'un label conformément aux dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Le présent règlement mutualiste garantissant des frais de santé est conforme aux contrats responsables et solidaires au sens notamment des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et des articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même code, telles qu'issues notamment de la loi n° 2004 810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

Chapitre I

Dispositions générales

Article 1

Objet du règlement mutualiste

En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité et des statuts de la mutuelle, il est établi le présent règlement mutualiste destiné aux agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics. Celui-ci a pour objet de définir les engagements contractuels existant entre la mutuelle SMI et les agents, encore appelés les membres participants, en ce qui concerne les garanties frais de santé, les cotisations et les prestations afférentes.

Ce règlement s'impose à tous les membres participants adhérant à titre individuel au même titre que les statuts de la mutuelle SMI.

Ce règlement mutualiste a fait l'objet d'un label accordé par un prestataire habilité. En conséquence, l'agent peut bénéficier d'une participation financière de son employeur correspondant à la prise en charge de tout ou partie du montant global de la cotisation, qui lui est versée soit directement par son employeur, soit par l'intermédiaire de SMI laquelle, dans cette hypothèse, reçoit directement la part employeur.

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non renouvellement, SMI informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les membres participants des conséquences qui peuvent en résulter au regard d'une éventuelle application de majoration de cotisation. En tout état de cause, si le présent règlement venait à perdre son label, le membre participant ne pourra plus bénéficier de la participation financière de son employeur.

Le retrait ou le non renouvellement prend effet pour le membre participant à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Dans ce cas, les membres participants ont la possibilité de dénoncer leur adhésion dans les conditions et délais prévus à l'article 8 du présent règlement.

Lorsque SMI reçoit directement la participation de l'employeur, elle informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement du label.

Lorsque la participation de l'employeur est versée directement au membre participant, il lui revient alors d'informer directement la collectivité dont il dépend de la décision de la perte de label du présent règlement.

Article 2

Adoption et modifications du règlement mutualiste

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

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

Article 3

Acceptation du règlement mutualiste

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation sans

réserve des dispositions du règlement mutualiste et des statuts de SMI.

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

Toute modification réglementaire, conventionnelle et/ou législative susceptible de remettre en cause l'expression, la nature ou l'équilibre des garanties et tarifs donnera lieu aux aménagements nécessaires. Lesdits aménagements seront validés par le conseil d'administration et présentés à l'assemblée générale à laquelle il rend compte des décisions prises en la matière. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base du présent règlement. Toutefois, si les modifications légales ou réglementaires ont vocation à s'appliquer sans qu'une adaptation du règlement mutualiste soit nécessaire, elles s'appliqueraient sur simple notification au membre participant.

Chapitre II

Adhésion

Article 4

Conditions d'adhésion des membres participants

Peuvent adhérer à la mutuelle à titre individuel, sans formalité médicale préalable, les agents ou anciens agents retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics. L'adhésion est facultative. Il n'est pas prévu d'âge maximal à l'adhésion.

Lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, la cotisation est majorée d'un coefficient tel que défini dans les dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatifs aux majorations de cotisations. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, la cotisation est majorée lorsque l'adhésion intervient plus de deux ans après la date de publication du décret.

En tout état de cause, les périodes antérieures à la date de publication du décret ne font pas l'objet de majoration.

Article 5

Ayants droit

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

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

- les enfants à charge. Sont considérés comme à charge, les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, à charge au sens fiscal et/ou social et affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale français :
 - jusqu'à leurs 18 ans (jusqu'au 31 décembre de leur 18^e anniversaire), sans autre condition ;
 - jusqu'à 26 ans au plus (jusqu'au 31 décembre de leur 26^e anniversaire), les enfants poursuivant leurs études, sous réserve de produire un certificat de scolarité justifiant leur statut d'étudiant, ainsi que les enfants sous contrat d'apprentissage ou sous contrat de professionnalisation (sur présentation du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation). Ces justificatifs sont à fournir avant le 31 octobre de chaque année. En cas d'absence de fourniture de ces justificatifs à cette date, la couverture des droits est supprimée le 31 décembre de l'année et l'enfant est radié, à cette date, du dossier du membre participant. Cette couverture au titre de l'adhésion du membre participant s'arrête, en tout état de cause, le premier jour du trimestre suivant la date anniversaire des 27 ans ;
 - sans limite d'âge, les enfants justifiant d'une situation de handicap donnant lieu à l'octroi de l'allocation compensatrice pour adultes handicapés (AAH) définie à l'article L. 821-1 du code de la Sécurité sociale ou à la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;
 - le nouveau-né est garanti à la date de sa naissance si la demande d'affiliation le concernant en qualité d'ayant droit est faite à la mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts) ;

- le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale du membre participant ou relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité sociale ; à défaut, son partenaire lié par un PACS ou son concubin ;

- est considérée comme partenaire de PACS la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil ;

- est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF, etc.) et à condition qu'ils ne soient ni l'un, ni l'autre, par ailleurs, mariés ou pacsés.

La présentation régulière des pièces justificatives nécessaires conditionne l'ouverture et le maintien des garanties.

Article 6

Formalités d'adhésion

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

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

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

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

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

Article 7

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

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

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

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

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

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

Article 8

Dénonciation de l'adhésion par le membre participant

Le membre participant peut dénoncer son adhésion au présent règlement à l'échéance annuelle, en respectant un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

Il peut également dénoncer son adhésion, à tout moment, sans frais ni pénalités, après 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.

La délivrance d'un certificat de radiation est conditionnée par la restitution de la carte mutualiste.

À cette occasion, le membre participant reçoit également soit un justificatif d'adhésion s'il s'est vu appliquer un coefficient de majoration soit une attestation de non majoration dans le cas contraire.

Article 9

Radiation du membre participant

La mutuelle SMI peut radier tout membre participant qui aurait porté gravement et volontairement atteinte aux intérêts matériels et immatériels de la mutuelle, du fait d'action ou omission susceptible de donner lieu à une sanction pénale, notamment en cas de fraude, dans les conditions prévues à l'article 12 des statuts et en cas de fausse déclaration intentionnelle dans les conditions prévues à l'article 28-1 du présent règlement. Elle se réserve également le droit de radier tout membre participant n'ayant pas payé ses cotisations, selon les dispositions de l'article 16 du présent règlement.

À cette occasion, le membre participant reçoit également soit un justificatif d'adhésion s'il s'est vu appliquer un coefficient de majoration soit une attestation de non majoration dans le cas contraire.

Article 10

Choix des garanties et changement de garanties

Le membre participant définit la garantie pour laquelle il opte, pour lui-même et ses ayants droit, sur le bulletin d'adhésion qu'il adresse à SMI. En cas de changement ultérieur de garanties, les actes et soins dont la date est antérieure à la date d'effet de la modification sont remboursés conformément à la garantie précédemment souscrite par le membre participant, étant établi que la date de référence retenue est celle de la date de décision de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

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

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

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

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

Article 11

Cessation des garanties

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

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

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

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

Chapitre III

Cotisations

Article 12

Objet des cotisations

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

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

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

Article 13

Détermination des cotisations

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge des membres participants et de leurs ayants droit, de leur régime de Sécurité

sociale, des prestations couvertes, de la composition de la famille et du département de résidence. Étant précisé que le supplément individuel n'est dû que jusqu'au deuxième enfant, la gratuité étant de droit à partir du troisième enfant.

La mutuelle SMI ne peut instituer de différence de cotisation basée sur l'état de santé des membres participants et de leurs ayants droit.

La mutuelle SMI peut fixer une cotisation globale couvrant le membre participant et ses ayants droit ou bien une cotisation par bénéficiaire.

Article 14

Révision des cotisations

Les cotisations sont réévaluées périodiquement, sur proposition du conseil d'administration et approbation de l'assemblée générale ou par le conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale, en fonction des résultats techniques de l'ensemble des adhésions relevant d'une même garantie, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Article 15

Paie ment des cotisations

Les cotisations sont appelées directement auprès des membres participants.

Dans le cas où la participation financière de la collectivité est versée directement à SMI, la mutuelle fait apparaître sur les avis d'appels de cotisations le montant total de la cotisation ainsi que le montant de l'aide versée.

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 16

Défaut ou retard dans le paiement des cotisations

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

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

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

l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de 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 ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement liés à l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure de payer par la mutuelle.

Article 17

Remboursement des cotisations

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

- la démission pour cause de décès du membre participant qui donne lieu au remboursement des mensualités à venir déjà versées ;
- du remboursement du solde dû au membre participant conformément à l'article L. 221-10-2 et à l'article L. 221-17 du code de la mutualité, pour la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert à la suite de la dénonciation de l'adhésion.

Chapitre IV

Prestations

Article 18

Prestations couvertes

Les prestations pouvant être couvertes par la mutuelle sont complémentaires à celles versées par le régime de protection sociale de base des agents de la fonction publique territoriale. Elles peuvent concerner les dépenses afférentes aux actes suivants : consultations/visites, auxiliaires médicaux, transport, pharmacie, radiologie (actes d'imagerie et actes d'échographie), actes techniques médicaux, laboratoire, soins dentaires/prothèses dentaires/orthodontie, optique, audiologie, hospitalisation médicale et chirurgicale (actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, frais de séjour), vaccins, cures, auxiliaires de vie, allocation naissance ou adoption, allocation obsèques, ostéopathie, sevrage tabagique, homéopathie, diététique, etc.

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

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

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

Article 19

Dispositif du contrat responsable

19.1 Risques exclus pour toutes les adhésions

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

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

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

19.2 Prestations liées aux contrats responsables

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

19.2.1 Obligations de prise en charge

Conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, les garanties définies au bulletin 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 bulletin d'adhésion joint au règlement mutualiste, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale visée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. **Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées (Mas) ou encore les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (Ehpad), ni les frais de cure thermique ;**
- de l'intégralité, après intervention de la Sécurité sociale, des lunettes, prothèses dentaires, et des aides auditives appartenant à une liste réglementée dite « 100 % Santé » (ou « équipements 100 % Santé » ou « soins et prothèses 100 % Santé »), dans la limite des honoraires limites de facturation ou des prix limites de vente, sous réserve du respect des règles légales de renouvellement ;
- des équipements d'optique médicale à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre), dans le respect des plafonds et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des aides auditives à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre) dans le respect de la prise en charge minimale du ticket modérateur, des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des prothèses dentaires à prise en charge libre (n'appartenant pas aux « soins et prothèses 100 % Santé ») ou l'orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation.

La participation forfaitaire pour les actes lourds, ainsi que le forfait patient urgences sont pris en charge.

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.**

Conformément à l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 et à ses textes d'application, le présent règlement prend en charge le ticket modérateur lié aux activités de télésurveillance médicale remboursées par le Régime obligatoire (forfait technique et forfait opérateur).

19.2.2 Interdictions de prise en charge

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

- **la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans**

un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ainsi que les examens d'imagerie médicale, ni les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes paramédicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation), le transport sanitaire (à l'exception des transports d'urgence) et prestations effectuées par un pharmacien d'officine définies par arrêté ; ces participations restent donc à la charge des membres participants et de leurs ayants droit ;

- **la majoration du ticket modérateur mise à la charge des membres participants par l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale dans le cas où le membre participant n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur le tarif des actes et consultations de médecins spécialistes visés à l'article L. 162-5, 18° du code de la Sécurité sociale, pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;**
- **tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.**

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

19.2.2 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 :

Accompagnement psychologique pris en charge par le RO

Cette garantie assure le remboursement du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre du dispositif « Mon psy » pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés.

Les séances doivent nécessairement être réalisées par un psychologue conventionné avec l'assurance maladie, sur orientation d'un médecin et sont prises en charge dans les conditions et limites prévues par l'article R. 162-65 du code de la Sécurité sociale (8 séances par année civile et par bénéficiaire au maximum au 1^{er} janvier 2023).

Les conditions de mise en œuvre du dispositif « Mon psy » sont consultables sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>

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 pro-

professionnel de santé non conventionné avec le régime obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement ;

- tarif de responsabilité (TR) ou tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTM)

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

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

Les membres participants peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par la Sécurité sociale et le règlement mutualiste, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100 % Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement. Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100 % Santé.

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

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

Forfait patient urgences

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

Honoraires limites de facturation (HLF)

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

Inlay core

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

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

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

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

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

Participation forfaitaire actes lourds

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

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

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

Prix limites de vente (PLV)

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

Prothèses dentaires

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

Il en existe différents types :

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

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

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

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

Soins dentaires

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

Ticket modérateur (TM)

Il s'agit de la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou de la franchise médicale, qui ne sont pas 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

Garanties et conditions particulières de remboursement

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

Article 21

Demandes de remboursement

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

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

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

La mutuelle SMI se réserve le droit, avant ou après le paiement des prestations et afin d'éclaircir sa décision, 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. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à une prise en charge de la part de la mutuelle.

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 de décision 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

Pour déterminer l'antériorité de la maladie, de l'affection ou de l'accident au titre desquels des prestations sont demandées, la mutuelle SMI se réserve le droit, préalablement au remboursement des prestations, de faire procéder à un examen du bénéficiaire concerné par un médecin désigné ou agréé par elle, dans le but de vérifier si les conditions de remboursement mentionnées ci-dessus sont effectivement remplies.

Le membre participant doit faire toute diligence pour obtenir de ses médecins traitants, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du médecin conseil de la mutuelle SMI pour lui donner la possibilité d'apprécier le point de départ de l'affection.

Tout refus d'intervenir ou toute réticence qui empêcherait le médecin conseil d'accomplir sa mission, entraînerait la perte des droits aux prestations. 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 ni après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'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.

Article 23

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

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

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

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

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé, y compris devant une juridiction incompétente et même lorsque l'acte de saisine

est annulé en raison d'un vice de procédure ;

- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (notamment, commandement de payer et saisie).

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

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

En conséquence, toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectuée 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 du décès du membre participant ou de ses ayants droit affiliés au règlement.

Article 24

Paieement des prestations

Le règlement des prestations est effectué dans un délai de :

- 48 heures en cas de télétransmission Noémie ;
- et jusqu'à cinq jours ouvrés à compter de la réception des décomptes et des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par SMI pour certains soins ou en l'absence de télétransmission Noémie.

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

Article 25

Principe indemnitaire

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

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

Dans le cas où les remboursements de la mutuelle SMI, du régime obligatoire de Sécurité sociale ou de tout autre organisme assureur excèdent les dépenses réellement engagées, la mutuelle SMI se réserve le droit de demander le remboursement des prestations indument versées.

Article 26

Réclamation

Le membre participant, ses ayants droit et bénéficiaires peuvent faire part de leur mécontentement en face à face, par téléphone, par courrier ou par courriel. La mutuelle s'engage à tout mettre en œuvre pour leur apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si la réclamation est formulée à l'oral et que son auteur n'obtient pas entière satisfaction, il sera invité à la formaliser sur un support écrit auprès des interlocuteurs désignés ci-dessous :

- par courrier : SMI - Service qualité - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08 ;
- ou par internet : www.mutuelle-smi.com ;
- ou par téléphone : au numéro non surtaxé figurant sur votre carte de tiers payant.

L'auteur de la réclamation recevra un accusé de réception sous dix jours ouvrables maximum, à compter de la date d'envoi de la réclamation écrite, sauf si une réponse lui est apportée dans ce délai.

Une réponse écrite lui sera apportée dans un délai maximum de deux mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

Article 27

Médiation

En tout état de cause, deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, qu'il y ait eu réponse ou non, l'auteur de la réclamation peut saisir gratuitement le médiateur de la consommation de la mutualité française :

- 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/>

En cas d'échec avec les démarches susvisées, l'intégralité des droits à agir en justice sont conservés.

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

Article 28

Fausse déclaration - Fraude

28.1 Fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

28.2 Fausse déclaration non intentionnelle

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

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

28.3 Fraude

Si, à l'occasion d'une demande de remboursement, les membres participants ou les ayants droit fournissent intentionnellement des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation, notamment) ou des réponses délibérément inexactes, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur adhésion, ainsi qu'à la perte de tout droit à remboursement pour cette demande et seront tenus au remboursement des sommes indument perçues.

La preuve de ces fausses déclarations intentionnelles incombe à la mutuelle.

Article 29

Carte de tiers payant

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

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

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

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

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

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

Article 30

Prise en charge

Pour éviter aux membres participants de faire l'avance de fonds, la mutuelle SMI peut assurer, dans certains cas, la prise en charge directe de certains frais de soins auprès des établissements ou professionnels de santé ayant signé une convention avec la mutuelle SMI.

Pour bénéficier de cet avantage, une demande de prise en charge doit être faite auprès de la mutuelle SMI par l'établissement ou le professionnel de santé.

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

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

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

Article 31

Subrogation

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

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

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

La mutuelle peut, en cas de retard à lui fournir les renseignements utiles à l'exercice de sa subrogation, réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé, conformément à l'article L. 221-1-6 du code de la mutualité.

Chapitre V

Fonds social

Article 32

Objet du fonds social

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

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

Article 33

Fonctionnement du fonds social

Le fonds social est alimenté par un prélèvement annuel effectué sur les cotisations reçues.

Le montant de ce prélèvement est décidé par le conseil d'administration.

Une commission dite « commission d'action sociale » est créée pour gérer l'attribution des aides du fonds social. Les membres de cette commission sont désignés par le conseil d'administration.

Les demandes d'aide doivent faire l'objet d'un dossier présentant la situation des demandeurs, leurs ressources et leurs besoins. Ces dossiers font l'objet d'un examen approfondi de la part de la commission d'action sociale.

Chapitre VI

Dispositions diverses

Article 34

Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle SMI est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (APCR), sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

Article 35

Étendue territoriale

Les garanties sont acquises si la résidence principale de l'adhérent est située sur le territoire français métropolitain, ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Elles s'exercent cependant dans le monde entier pour les adhérents et ayants droit dont les séjours n'excèdent pas trois mois et bénéficiant à ce titre d'un régime obligatoire de l'assurance maladie française.

Les frais engagés à l'étranger par l'adhérent ou par ses ayants droit sont remboursés par SMI dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par un régime obligatoire de l'assurance maladie française. Les prestations sont servies en France et en euros.

Article 36

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 leur proposer le service ou le produit le plus adapté à leurs 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 SMI ?

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

Quels sont les droits dont disposent les membres participants ?

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

Les membres participants disposent également :

- d'un droit d'accès, qui leur permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données les concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement les concernant.Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part ;
- d'un droit de demander la portabilité de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que le membre participant a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de l'utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat ;
- d'un droit de rectification, qui permet au membre participant de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter

des informations incomplètes le concernant ;

- d'un droit d'effacement, qui permet au membre participant d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où les données ne seraient plus nécessaires au traitement ;
- d'un droit de limitation, qui permet au membre participant de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - 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).



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

SMI 48 - Octobre 2023

