smi MUTUELLE
Santé | Prévoyance

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Offre individuelle surcomplémentaire

GROUPE VYV

OFFRES ET GARANTIES SOUMISES AU RÉGLEMENT MUTUALISTE OFFRE INDIVIDUELLE SURCOMPLÉMENTAIRE

SMI Santé + (Niveau 1, 1+, 2, 2+, 3, 3+, 4, 4+)
AGIP surcomplémentaire Ambre (Ambre et Ambre 1, 2, 3 et 4)
AGIP surcomplémentaire Ambre hospi
Surcomplémentaire individuelle CIAP

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 surcomplémentaire. Celui-ci a pour objet de définir les engagements contractuels existant entre la mutuelle SMI et ses membres participants ou honoraires, en ce qui concerne les cotisations et les prestations auxquelles ces derniers peuvent prétendre dans le cadre d'une couverture surcomplémentaire santé, venant compléter le régime d'assurance maladie obligatoire et la couverture complémentaire santé obligatoire « socle » dite régime de base santé dont ils bénéficient au sein de leur entreprise ou à titre individuel, dans la limite des frais réels.

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

Les garanties surcomplémentaires offertes dans le cadre du présent règlement n'entrent pas dans le champ d'application du « contrat responsable ».

En cas de besoin, les garanties et niveaux de remboursement du règlement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant cette catégorie de garanties.

Le règlement ne peut être souscrit que par des personnes affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale français, et bénéficiaires de garanties complémentaires en matière de frais de santé ci-après dénommé « contrat socle ».

Article 2
Adoption et modifications du règlement mutualiste

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

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

Article 3
Acceptation du règlement mutualiste

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

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

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

CHAPITRE II
Adhésion

Article 4
Conditions d'adhésion des membres participants

Peuvent adhérer à la mutuelle à titre individuel, les personnes âgées de moins de 76 ans lors de la demande d'adhésion souhaitant opter pour l'une des formules surcomplémentaires régies par le présent règlement. Ces garanties complètent nécessairement les garanties d'un « contrat socle » auquel ont adhéré les membres participants.

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

Article 5
Ayants droit

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

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

- les enfants à charge. Sont considérés comme à charge, les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, à charge au sens fiscal et/ou social et affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale français :
  - jusqu'à leurs 18 ans (jusqu'au 31 décembre de leur 18e anniversaire), sans autre condition ;
  - jusqu'à 26 ans au plus (jusqu'au 31 décembre de leur 26e 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 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 relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité sociale ou couvert au titre du régime de Sécurité sociale du membre participant ; à défaut, son partenaire lié par un PACS ou son concubin :
  - est considérée comme partenaire de PACS la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 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 à la reconnaissance de la qualité d'ayant droit, conditionne l'ouverture et le maintien des garanties.

Article 6
Formalités d'adhésion

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

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

Ce bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné, soit du versement de la première cotisation, soit d'un mandat de prélèvement bancaire dûment rempli et signé.

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

Le certificat d'adhésion précise notamment :

- l'identité du membre participant ainsi que, le cas échéant, de ses ayants droits assurés ;
- le niveau souscrit ;
- la date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties.

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

Article 7
Convention sur la preuve

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

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

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

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

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

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

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

Article 9
Droit de renonciation

Dans le cadre d'une adhésion à distance, le membre participant a la faculté de résilier son adhésion dans un délai de quatorze jours suivant la date d'effet de l'adhésion (ou, si cette date est postérieure, suivant la date de réception du certificat d'adhésion et/ou du règlement mutualiste), par le même mode de communication à distance ou par lettre à la mutuelle SMI – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité. Les sommes déjà versées par lui seront remboursées par la mutuelle SMI dans un délai de trente jours suivant la réception de la lettre recommandée adressée. Si dans l'intervalle, le membre participant a bénéficié des prestations garanties par le présent règlement, il devra rembourser à la mutuelle SMI les montants perçus dans un délai de trente jours.

Article 10
Dénonciation de l'adhésion par le membre participant - Radiation du 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 résiliation est conditionnée par la restitution de la carte mutualiste.

La mutuelle SMI peut résilier l'adhésion du 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 30.1 du présent règlement.

Elle se réserve également le droit de résilier l'adhésion de tout membre participant n'ayant pas payé ses cotisations, selon les dispositions de l'article 17 du présent règlement.

Enfin, l'adhésion aux garanties surcomplémentaires est résiliée en cas de résiliation du contrat socle.

Article 11
Choix des garanties et changement de garanties

Le membre participant choisit la formule de garanties surcomplémentaires 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 des soins, telle qu'indiquée sur le décompte de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

Le changement de formule n'est autorisé qu'au 1er 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 1er janvier suivant.

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

Article 12
Cessation des garanties

À l'égard de l'adhérent, les garanties surcomplémentaires cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'adhérent ou la mutuelle SMI.

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 ;
- à la date de résiliation de leur adhésion demandée par l'adhérent dans les conditions mentionnées à l'article 10 du présent règlement mutualiste.

CHAPITRE III
Cotisations

Article 13
Objet des cotisations

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

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

À ces cotisations s'ajoutent les taxes, charges et autres contribu-

tions imposées par les autorités administratives régissant le fonctionnement des mutuelles.

Article 14
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 surcomplémentaires couvertes, de la composition de la famille et du département de résidence. L'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de chaque bénéficiaire.

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 15
Révision des cotisations

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

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

Article 16
Paiement des cotisations

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

La cotisation est payable d'avance. L'échéance des cotisations est fixée au premier jour de la période d'assurance correspondante.

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

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

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.

Le membre participant recevra en début de chaque période annuelle d'assurance, un échéancier ou un appel de cotisation 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.

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

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 17
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 surcomplémentaire, 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 surcomplémentaires 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 surcomplémentaire 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 18
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
Garanties et prestations

Article 19
Objet des garanties surcomplémentaires

Les garanties surcomplémentaires frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des prestations versées par le régime d'assurance maladie obligatoire et par la couverture complémentaire santé socle dont il bénéficie au titre de son adhésion à un règlement mutualiste ou à un contrat individuel ou collectif.

Article 20
Prestations couvertes

Les prestations assurées par le présent règlement mutualiste correspondent, dans le cadre et les limites de la formule de garantie surcomplémentaire souscrite, au montant de la somme restant à charge du membre participant après remboursement du régime obligatoire et du contrat socle.

Article 21
Risques exclus

Sauf disposition contraire dans le tableau des garanties, ne sont pas garantis les dépenses de santé et d'une façon générale tous les frais résultant :

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

Article 22
Garanties et conditions particulières de remboursement

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

Article 23
Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la mutuelle SMI sur présentation, par le membre participant, des décomptes de l'organisme de Sécurité sociale, et/ou des factures détaillées et/ou des décomptes de remboursement du contrat socle. 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.

Article 24
Droits aux prestations

24. 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).

24. 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.

24. 3

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

Article 25
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.**

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'un 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.

Article 26
Paiement 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 27
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 28
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 – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex ;
- 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 29
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-mutualité.fr

Article 30
Fausse déclaration - Fraude

30.1 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.

30.2 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.

30.3 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 31
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 32
Subrogation

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

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

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

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

Chapitre V
Fonds social

Article 33
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 34
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 35
Contrôle

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

Article 36
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 37
Informatique et libertés

À qui sont transmises les données personnelles des adhérents ?

Les données personnelles des adhérents 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 Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex. Pour obtenir des informations sur la mutuelle, l'adhérent peut consulter le site www.mutuelle-smi.com.
Les données personnelles des adhérents 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 adhérents 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 de l'adhérent sont disponibles sur le site de la mutuelle. L'adhérent peut contacter le délégué à la protection des données par courrier postal auprès de SMI - Cellule droit d'accès – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex ou par mail à protectiondesdonnees@mutuelle-smi.com.

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

Les données personnelles des adhérents 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 de l'adhérent pour les autres finalités citées. Dans ce dernier cas, le refus de l'adhérent 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. L'adhérent 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 adhérents ?

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 de l'adhérent 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 adhérents peuvent consulter l'information spécifique aux cookies accessible sur la page dédiée de notre site Internet.

Quels sont les droits dont disposent les adhérents ?

Les adhérents 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 adhérents 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 l'adhérent 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 à l'adhérent 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 à l'adhérent 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 à l'adhérent 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.

L'adhérent peut exercer ses droits par courrier : auprès de SMI - Cellule droit d'accès – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex.

À l'appui de sa demande d'exercice des droits, il sera demandé à l'adhérent de justifier de son identité.

L'adhérent 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.

L'adhérent 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, l'adhérent a la possibilité de saisir la Commission nationale de l'informatique et libertés (CNIL).

smi
MUTUELLE
Santé | Prévoyance

Siège social – Agence de Paris
Cœur Défense – Tour A
90-110 esplanade du Général-de-Gaulle
92931 PARIS LA DÉFENSE CEDEX

Agence de Lyon
33, rue Maurice Flandin
69003 LYON

Agence de Guyane
2, rue du Capitaine Bernard
97300 CAYENNE

www.mutuelle-smi.com

SMI 134 - Novembre 2024

COURRIER + ENVELOPPE
BAC DE TRI

SMI, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité
SIREN 784 669 954 | Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21
Siège social : Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex

GROUPE VYV