Mutuelle Familiale Vauban Humanis

Règlement mutualiste

Votre contrat santé 100% Vous

Madame, Monsieur,

Vous adhérez à la gamme « 100% Vous » de la Mutuelle Familiale Vauban Humanis et nous vous en remercions.

Votre contrat, régi par le Code de la mutualité, comprend deux parties :

- Le présent règlement mutualiste qui précise le fonctionnement de notre relation contractuelle.
  Ce règlement a été adopté par l'Assemblée générale de la Mutuelle sur proposition de son Conseil d'administration.
- Votre bulletin d'adhésion qui précise les garanties que vous avez choisies.

Pour faciliter la lecture de ce document, nous avons adopté les conventions suivantes :
« vous » désigne l'assuré dénommé membre participant dans le Code de la mutualité ;
« nous » désigne votre Mutuelle.

• DÉFINITIONS :

MEMBRE PARTICIPANT :

C'est vous en tant que souscripteur du contrat complémentaire santé auprès de la Mutuelle. Cette qualité vous permet de bénéficier des droits politiques décrits dans les statuts de la Mutuelle qui vous ont été remis préalablement à votre adhésion. Vous pouvez donc élire vos Délégués à l'Assemblée générale ou candidater pour y être élu.

AYANTS DROIT :

Les personnes suivantes peuvent bénéficier en qualité d'ayants droit des garanties que vous avez souscrites :

- votre conjoint non-séparé de corps judiciairement ou à défaut votre concubin tel que défini à l'article L.515-8 du Code Civil ou à défaut votre partenaire lié avec vous par un PACS. La qualité d'ayant droit au titre du présent alinéa ne peut bénéficier qu'à une seule personne par membre participant.
- les enfants à charge, au sens de la législation sur la Sécurité sociale, âgés de moins de 21 ans figurant sur votre carte de Sécurité sociale ou sur celle de votre conjoint, concubin ou partenaire sous réserve que celui-ci ait la qualité d'ayant droit.
- les enfants âgés de 18 à 28 ans à votre charge fiscalement au sens de la législation ou à celle de votre conjoint/concubin/partenaire ayant-droit au titre de votre contrat sous réserve :
  - qu'ils poursuivent des études ou,
  - qu'ils soient inscrits dans un cursus de formation en alternance (contrats de qualification ou de professionnalisation…) ou en contrat d'apprentissage ou,
  - qu'ils soient demandeurs d'emploi et domiciliés à votre adresse et qu'ils perçoivent des ressources inférieures au R.S.A., sous réserve de la présentation d'une attestation du Pôle emploi et de la C.A.F. justifiant le niveau de ressources.
- Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes titulaires de la "carte d'invalidité" définie à l'article L.241- 3 du Code de l'Action sociale et des familles, sous réserve qu'ils répondent à une des conditions suivantes :
  - être pris en compte dans le calcul de votre coefficient familial ou de celui de votre conjoint, concubin ou partenaire sous réserve que celui-ci ait la qualité d'ayant droit,
  - ouvrir droit à un abattement applicable à votre revenu imposable ou à celui de votre conjoint, concubin ou partenaire sous réserve que celui-ci ait la qualité d'ayant droit,
  - bénéficier d'une pension alimentaire que vous ou votre conjoint, concubin ou partenaire (sous réserve que celui-ci ait la qualité d'ayant droit) êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.
- Vos ascendants, descendants ou collatéraux à charge, figurant sur votre carte de Sécurité sociale ou sur celle de votre conjoint, concubin ou partenaire ayant droit sous réserve que celui-ci ait la qualité d'ayant droit.

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE :

Le contrat est solidaire car la Mutuelle ne pratique aucune sélection médicale.
Sauf mention contraire figurant sur le tableau descriptif des garanties, les garanties souscrites sont conformes au cahier des charges des « contrats responsables » tels que définis aux articles L871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.
Dans ce cadre, les garanties comprennent la prise en charge :
1° D'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
2° D'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'Assurance Maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6°, 7° et 14° de l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, prescrits par le médecin traitant tel que défini ci-dessus ;
3° D'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'Assurance Maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné ci-dessus ;
4° De l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'arrêté pris en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la Sécurité sociale pour 2012 (Médecins adhérant à l'option de coordination).
Les garanties prévoient également la prise en charge d'au moins deux actes de prévention mentionnés dans le tableau descriptif des garanties.
L'article « Frais exclus de la garantie Frais médicaux » cite les actes, participations forfaitaires et majorations ne pouvant donner lieu à une prise en charge dans le cadre du cahier des charges des « contrats responsables ».

GARANTIES :

Les garanties qui découlent de votre contrat ont pour objet de vous garantir ainsi qu'à vos éventuels ayants droit affiliés des remboursements complémentaires à ceux de votre régime obligatoire d'assurance maladie et de vous indemniser pour tout ou partie des différents frais occasionnés par une maladie, un accident ou un accouchement et, à titre accessoire le versement d'une prestation en cas de maternité ou de naissance (y compris en cas d'adoption plénière).

TÉLÉTRANSMISSION :

La télétransmission désigne l'échange informatique entre votre régime obligatoire d'assurance maladie et votre mutuelle. La télétransmission vous évite dans certains cas d'envoyer les feuilles de soins aux organismes de santé, telles l'assurance maladie ou votre Mutuelle (Cf article 14).

Radiance Groupe Humanis

TIERS PAYANT :
Mécanisme grâce auquel vous êtes dispensés de l'avance des frais pris en charge par les régimes obligatoires et la Mutuelle chez certains professionnels de santé. Le tiers payant vous permet notamment, à l'aide d'une carte remise par votre mutuelle, de ne pas faire l'avance de vos frais de pharmacie pour tout médicament prescrit et remboursable (voir votre livret d'accueil santé pour plus d'information).

• DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. MODIFICATION DU RÈGLEMENT ET DES GARANTIES
Toute modification par l'Assemblée générale de la Mutuelle du règlement ou des garanties prévues au bulletin d'adhésion est portée à votre connaissance. Elle prend effet après vous avoir été notifiée sans qu'il soit nécessaire de signer un avenant.
Le montant des garanties peut être revu en cours d'année par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou le Conseil d'administration sur délégation de cette dernière, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la Mutuelle.

ARTICLE 2. ADHÉSION - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION
Votre adhésion à la Mutuelle, à ses statuts et au règlement mutualiste est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion qui vous permet de choisir le régime de garantie destiné à vous couvrir ainsi que vos éventuels ayants droit.
Votre adhésion prend effet au plus tôt le lendemain du jour où vous signez votre bulletin d'adhésion, **sous réserve de la réception par la Mutuelle de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion dans les 30 jours qui suivent la signature du bulletin d'adhésion**. La date d'effet de vos garanties est mentionnée sur votre bulletin d'adhésion et sur le certificat d'adhésion qui vous est adressé par la Mutuelle en confirmation de votre adhésion.

ARTICLE 3. AFFILIATION DES AYANTS DROIT
Vous pouvez affilier à la Mutuelle, au titre des garanties que vous avez souscrites, votre conjoint/concubin/partenaire ou vos enfants à charge tels que définis ci-dessus (cf. rubrique définitions).
Vous procédez à cette affiliation directement sur votre bulletin d'adhésion.
En cas de changement de votre situation de famille, vous pouvez affilier un nouvel ayant droit en adressant une demande écrite à la Mutuelle.
L'affiliation du nouvel ayant droit prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la demande par la Mutuelle, **sous réserve que le dossier d'affiliation soit complet**.

ARTICLE 4. FACULTÉ DE RENONCIATION
Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où votre adhésion a pris effet.
Vous devez adresser votre renonciation par lettre recommandée avec avis de réception au « Service adhésion Mutuelle – 8 Bd Vauban – 59024 Lille Cedex », en utilisant le modèle ci-joint (cette demande doit être accompagnée de votre carte de tiers payant pour être prise en compte) :

Je, soussigné, ... (nom, prénom),déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :
- N° d'adhésion (ou joindre une copie du bulletin d'adhésion) : .....
- Date de la demande d'adhésion : .....
- Adresse : .....
- Fait à, ... le : .....

Signature du membre participant :

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :
- si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à la mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 60 (soixante) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la mutuelle vous les remboursera dans un délai de 60 (soixante) jours.

Ces principes s'appliquent également en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance (vente par téléphone, Internet, ….)

ARTICLE 5. DURÉE DE L'ADHÉSION
Votre adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1er janvier sauf si vous utilisez votre faculté de résiliation annuelle.

ARTICLE 6. FIN DE L'ADHÉSION
Evènements mettant fin à votre adhésion
L'adhésion du membre participant prend fin :
- le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties qu'il a souscrit, sous réserve de son adhésion à un nouveau régime de garanties,
- le jour du décès du membre participant, dans ce cas la Mutuelle propose aux éventuels ayants droit de souscrire une adhésion. Ces personnes disposent d'un délai de 6 mois à compter du décès pour adhérer à la Mutuelle.

L'adhésion répondant à ces critères prend effet à titre exceptionnel au jour du décès du membre participant *(la Mutuelle exigera tous les documents* justificatifs nécessaires),
- le jour de son exclusion conformément à l'article 12 des statuts,
- en cas de non-paiement des cotisations cf. article 15,
- en cas de démission du membre participant. Le membre participant qui souhaite mettre fin à son adhésion doit adresser sa demande de démission au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance. En cas d'obligation pour le participant d'adhérer à un contrat "d'assurance frais de soins de santé" collectif d'entreprise, la Mutuelle pourra accepter de résilier l'adhésion du membre participant en cours d'année sous réserve de la présentation des justificatifs qu'elle exigera *(attestation de l'employeur et/ou de l'organisme assureur ou tout autre justificatif demandé par la Mutuelle)*. Dans ce dernier cas, la date d'effet de la fin de l'adhésion est le dernier jour du mois de réception de l'attestation par la Mutuelle.

Votre adhésion peut également prendre fin en cas de survenance d'un des évènements suivants :
- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation défiitive d'activité professionnelle.

Toutefois, vous ou la Mutuelle ne pouvez mettre fin à l'adhésion que si votre couverture était en relation directe avec l'ancienne situation et que ce lien ne se retrouve plus dans la nouvelle situation (par exemple, vous vous expatriez et n'êtes plus affilié à un régime français de Sécurité sociale, à contrario le fait de déménager sans changer de régime de Sécurité sociale ne justifie pas la résiliation de votre adhésion).
La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.
La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.
La Mutuelle doit vous rembourser la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

Fin de la période d'affiliation d'un ayant droit
L'affiliation des ayants droit prend fin :
- pour tous les ayants droit :
  - automatiquement au jour où votre adhésion prend fin,
  - en cas de demande de la part de l'ayant droit par lettre recommandée avec avis de réception, l'affiliation prend fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre par la Mutuelle,
  - en cas de demande de votre part par lettre recommandée avec avis de réception, l'affiliation prend fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre par la Mutuelle. Vous devez nous transmettre les coordonnées de votre ancien ayant droit afin que nous puissions l'informer de la fin de son affiliation.
- pour les conjoints/concubins/partenaires :
  - automatiquement en cas de divorce, dans ce cas l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle,
  - automatiquement en cas de rupture du PACS ou du concubinage, l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de cette rupture à la Mutuelle.
- pour les enfants à charge :

L'enfant à charge est couvert de votre chef jusqu'à l'une des dates suivantes :
  - le jour où l'enfant cesse d'être ayant droit au sens de la Sécurité sociale,
  - à la fin du mois au cours duquel prend fin le contrat de qualification, de professionnalisation ou d'apprentissage ou la formation en alternance et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28

ans,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant demandeur d'emploi trouve un emploi et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour de l'année scolaire au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et, en tout état de cause, le dernier jour du mois où il a atteint la date anniversaire de ses 28 ans,

• pour les ascendants, descendants ou collatéraux à charge :
- le jour où ces personnes cessent d'être ayants droit au sens de la Sécurité sociale.

Attention : la non-notification dans les délais les plus brefs d'un événement entraînant la perte de la qualité d'ayant droit est constitutive d'une fausse déclaration.

ARTICLE 7. VERSEMENT DES PRESTATIONS APRÈS LA FIN DE L'ADHÉSION OU DE L'AFFILIATION

Les demandes de remboursement de soins adressées à la Mutuelle après la fin de votre adhésion ou de l'affiliation d'un ayant droit seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes du régime obligatoire du demandeur soit antérieure à la date de fin de la couverture.

• COTISATIONS

ARTICLE 8. MONTANT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur mandat de celle-ci.
La structure de vos cotisations est dite « par personne protégée ». Cela signifie qu'une cotisation est due pour chaque personne couverte au titre de votre adhésion.
Le montant de cette cotisation varie pour chaque personne en fonction :
- des garanties que vous avez souscrites,
- de la région où est situé votre domicile principal,
- du régime obligatoire d'assurance maladie auquel est affiliée la personne,
- de l'âge de la personne au 1er janvier de chaque année.

Si vous affiliez au moins trois enfants à charge à la Mutuelle en qualité d'ayant droit, le troisième enfant et les suivants sont affiliés sans contrepartie de cotisation.
Le montant des cotisations peut être revu par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou le Conseil d'administration sur délégation de cette dernière. Ces modifications s'imposent à vous dès qu'elles vous sont notifiées par la Mutuelle sans qu'il soit nécessaire de signer un avenant.
Le montant de vos cotisations est repris sur votre bulletin d'adhésion et votre certificat d'adhésion. Il vous est communiqué au moins annuellement par écrit par la suite.

ARTICLE 9. PAIEMENT DES COTISATIONS

• Procédure de paiement des cotisations :
Vous êtes débiteur de l'ensemble des cotisations dues à la Mutuelle de votre propre chef ainsi que de celui de vos éventuels ayants droit.
Vous êtes débiteur de l'intégralité de la cotisation annuelle, y compris si celle-ci est résiliée de votre fait en cours d'année (sauf exception prévue par la loi). Toutefois, le paiement de la cotisation s'effectue, selon votre choix, en 12 mensualités ou en 4 trimestrialités. Elles sont payées mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique sur votre compte bancaire. La date d'échéance de ces cotisations est le 5 de chaque mois (cette échéance peut être fixée au 15 sur simple demande). Si la Mutuelle accepte que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées trimestriellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois du trimestre civil.

• En cas de non-paiement des cotisations :
A défaut de paiement d'une 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 est suspendue trente jours après votre mise en demeure. 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 a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.
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 cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

• GARANTIES

ARTICLE 10. DATE D'EFFET DES GARANTIES - PÉRIODES DE CARENCE

Les présentes garanties ne prévoient aucun délai de carence.
Elles prennent effet avec l'adhésion.

ARTICLE 11. CHOIX DES GARANTIES

Vous choisissez les garanties qui vont vous couvrir ainsi que vos éventuels ayants droit sur votre bulletin d'adhésion.
La gamme « 100% Vous » est composée de :
- 4 formules de base « 100% Vous » (Formule 1, Formule 2, Formule 3, ou Formule 4). Vous pouvez choisir la formule qui convient le mieux à vos besoins. Vous pouvez décider d'améliorer vos garanties en souscrivant un des deux niveaux de renfort propre à la formule de base que vous avez choisie. Le montant de certaines des prestations garanties par ces renforts est majoré dès votre deuxième année d'adhésion à celui-ci.
- Si vous avez 50 ans ou au plus tard dans les 36 mois qui suivent la date d'effet de votre pension d'un régime d'assurance vieillesse légalement obligatoire, ou encore si vous êtes membre participant de la Mutuelle et êtes couvert par un régime de garanties qui n'est plus commercialisé, vous pouvez également souscrire aux formules « Privilège 100% Vous » (Privilège 1, Privilège 2 ou Privilège 3).
- Via le devis santé en ligne Humanis, vous pouvez également adhérer aux formules « e-100% Vous » (e-1, e-2, e-3, e-4 ou e-5) réservée à l'adhésion via internet.

En adhérant aux formules « 100%Vous » et « Privilège 100% Vous », vous pouvez également souscrire l'option « Mes Garanties Préférées » qui vous permet de bénéficier, dans la limite d'un plafond annuel de remboursement exprimé en euros, de la prise en charge de certains actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale.
En adhérant aux formules « e-100% Vous », vous pouvez également souscrire l'option « Pack Confort » qui vous permet de bénéficier de garanties supplémentaires, remboursées ou non par la Sécurité sociale.
Les différentes formules de la gamme « 100% Vous » sont décrites dans les tableaux annexés au présent règlement.

ARTICLE 12. CHANGEMENT DE GARANTIES

Lorsque vous êtes adhérent de la Mutuelle au titre des garanties « 100% Vous » depuis plus de 12 mois, vous pouvez demander à changer de formule, de renforts ou d'option. Il vous suffit d'en faire la demande par écrit auprès de la Mutuelle, et ce, au plus tard le 31 décembre de l'année en cours (cachet de la poste faisant foi). Les nouvelles garanties prennent effet le 1er janvier de l'année suivante.

ARTICLE 13. CONDITION D'ATTRIBUTION DES GARANTIES

• Nature du risque
Peuvent donner lieu à prestations les dépenses engagées par vous ou un de vos ayants droit pour des actes ayant fait l'objet d'une prescription médicale en raison d'une maladie, d'un accident, d'une maternité ou d'une naissance et ayant, sauf mention expresse dans les tableaux descriptifs des garanties, fait l'objet d'un remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire dont le bénéficiaire des soins relève.
Certains actes n'ayant pas fait l'objet d'une prescription médicale peuvent donner lieu à prestations s'ils sont mentionnés expressément dans le tableau de garanties.
Il est à noter que si vous ou un ayant droit êtes atteint d'une affection ou victime d'un accident susceptible d'être indemnisé, soit au titre de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles, soit selon les règles du droit commun pour un accident causé par un tiers responsable, la Mutuelle n'intervient que dans la mesure où les indemnités que vous ou votre ayant droit avez perçues par d'autres organismes en réparation du dommage matériel subi, ne font pas double emploi avec celles versées par elle.

• Date de survenance
Les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date de soins indiquée sur les bordereaux de la Sécurité sociale ou sur la facture détaillée acquittée en cas de refus de prise en charge par celle-ci. Pour les prothèses dentaires refusées, la date prise en compte est celle de la notification du refus par la Sécurité sociale.
Pour les accouchements et l'allocation maternité, les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date de naissance ou de transposition du jugement d'adoption plénière de l'enfant du membre participant.
Pour les implants dentaires et les piliers dentaires, la date des soins retenue pour le paiement des prestations est celle de la pose de l'implant, même si le pilier dentaire est posé ultérieurement. Pour le remboursement de l'implant dentaire, les frais engagés du pilier (acte hors nomenclature)

seront cumulés avec ceux de l'implant.

ARTICLE 14. LES REMBOURSEMENTS

• Procédure, documents exigés (maladie, maternité, accident)

Pour que le remboursement des frais médicaux engagés soit pris en charge par la Mutuelle, vous devez nous adresser dès que possible, et au plus tard dans les deux ans qui suivent la date des soins ou de la naissance/adoption :

1. tous les documents originaux justifiant des frais engagés et précisant la date et la nature des soins,
2. les originaux des feuilles de décompte du régime maladie obligatoire ou, le cas échéant, les factures originales acquittées mentionnant la non-prise en charge par le régime obligatoire,
3. pour les dépassements d'honoraires en clinique conventionnée (si vous avez souscrit une garantie prévoyant la prise en charge de tout ou partie de ces dépassements), le bordereau de facturation acquitté,
4. pour les lentilles, une facture acquittée de l'opticien mentionnant le type de lentilles et une copie de la prescription médicale,
5. pour les cures thermales, le forfait cure sera versé sur présentation du décompte de Sécurité sociale où figure le forfait de surveillance,
6. pour la garantie naissance, un extrait d'acte de naissance de l'enfant (en cas d'adoption, une copie certifiée conforme du jugement d'adoption plénière rendu par une juridiction française. Lorsque l'adoption est réalisée à l'étranger, la prestation ne peut être payée qu'après que vous ayez adressé à la Mutuelle une copie certifiée conforme de la transcription de la décision d'adoption plénière sur les registres d'état civil français),
7. pour toutes les garanties non prises en charge par la Sécurité sociale, une facture acquittée délivrée par le professionnel de santé et précisant l'objet de la dépense,
8. un justificatif du remboursement par le premier organisme complémentaire le cas échéant,
9. lorsque vous devez acquitter uniquement le ticket modérateur, vous devez nous adresser la quittance, la facture ou le reçu délivré par le professionnel de santé,
10. si vous avez adhéré aux renforts "Hospitalisation / Soins Courants" des formules 3 ou 4 et bénéficiez de la garantie "forfait confort" qui permet la prise en charge, dans les limites prévues par vos garanties de vos frais de télévision, internet et téléphone fixe, au cours de votre hospitalisation, vous devez adresser à la Mutuelle la facture originale acquittée établie par l'établissement hospitalier ou le trésor public.

Les documents visés au 2, sauf refus de prise en charge par la Sécurité sociale, ne sont pas nécessaires au paiement des prestations en cas de télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le bénéficiaire des soins relève et la Mutuelle. Dans ce cas, le décompte de Sécurité sociale informe le bénéficiaire des soins que la demande de prestations a été effectuée directement auprès de la Mutuelle. Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre décompte comporte bien cette mention. En l'absence de télétransmission, vous devez envoyer les décomptes du régime de Sécurité sociale à la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

ARTICLE 15. FRAIS GARANTIS EN CAS D'HOSPITALISATION

Pour que la Mutuelle prenne en charge les frais résultant d'une hospitalisation, il faut que la Sécurité sociale ait accordé sa prise en charge. Dans ce cas, si les garanties que vous avez souscrites le stipulent et dans les limites prévues par celles-ci, la Mutuelle pourra prendre en charge pour tout ou partie :

- le ticket modérateur afférent aux actes médicaux dispensés à l'affilié, aux frais de séjour et à la salle d'opération,
- le forfait journalier hospitalier. **La prise en charge de ce forfait est limitée à 90 jours par année civile et par personne en cas d'hospitalisation psychiatrique.**

Il est précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les cas suivants :

- lorsque vous ou vos ayants droit séjournez dans une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS),

- en cas d'accueil temporaire dans un centre médico-social,

- le supplément pour chambre particulière. **La prise en charge de ce supplément est limitée à 90 jours par année civile et par personne,**
- les dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste dans les limites prévues par le tableau descriptif des garanties,
- les frais d'accompagnement d'un enfant jusqu'au 18ème anniversaire (hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière et repas) dès le 1er jour d'hospitalisation si l'hospitalisation dure au minimum 24h,
- les frais d'accompagnement d'un adulte (membre participant ou ayant droit ; hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière et repas) : pour toute hospitalisation d'un adulte supérieure à vingt quatre heures dans la limite de 5 jours indemnisés,

Ces frais ne sont pris en charge qu'au titre d'une seule personne accompagnante par personne hospitalisée, y compris en ce qui concerne les repas.

Sont exclus de la prise en charge les frais de l'accompagnant relatifs à la téléphonie, à l'utilisation d'internet, à l'achat de livres, revues, journaux ou magazines, et toutes autres dépenses de confort.

Ne font l'objet d'aucune prise en charge par la Mutuelle :

- **l'hospitalisation dans un établissement non-conventionné,**
- **les frais annexes ne se rapportant pas directement au traitement médical de l'assuré tels que les dépenses pour confort personnel, de téléphone, de télévision, etc... (sauf si vous êtes couvert par les renforts des formules 3 et 4, dans ce cas, la Mutuelle vous indemnise dans les limites prévues par vos garanties de vos frais de télévision, internet et téléphone fixe, acquittés au cours de l'hospitalisation),**
- **l'hospitalisation pour rééducation professionnelle,**
- **l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers,**
- **les séjours en maison de convalescence, de diététique, non pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **les soins dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,**
- **toute hospitalisation en vue d'un acte de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **les hospitalisations antérieures ou en cours à la date d'adhésion. Cet événement n'étant pas aléatoire, il ne peut faire l'objet d'une prestation d'assurance (article 1964 du Code civil).**

ARTICLE 16. FRAIS EXCLUS DE LA GARANTIE "FRAIS MÉDICAUX"

Ne sont pas garantis :

- **les soins antérieurs à la date d'adhésion,**
- **les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,**
- **les dépassements d'honoraires ou de tarifs effectués en violation des conventions conclues entre le régime obligatoire d'assurance maladie du participant et les professionnels de santé ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. Dans ce cas, elle limite son remboursement, en fonction de l'étendue de la garantie souscrite par le participant, aux tarifs conventionnels ou aux dépassements qu'elle prend en charge,**
- **la chirurgie esthétique,**
- **les actes hors nomenclatures Sécurité sociale ou classification commune des actes médicaux, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,**
- **la participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2 II du code de la Sécurité sociale, acquittée par le membre participant ou ses ayants droit pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, ainsi que pour tout acte de biologie médicale,**
- **la majoration du ticket modérateur appliquée au participant et/ou à ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant, tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, ou qui ont consulté un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant,**
- **la prise en charge des dépassements d'honoraires sanctionnant le non-respect du parcours de soins (article L.162-5 18° du code de la Sécurité sociale). Une franchise égale au montant maximal de ce dépassement sanction, dans la limite du dépassement réellement appliqué par le professionnel de santé, sera donc appliquée sur la prestation versée par la Mutuelle,**
- **le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale,la prise en charge des actes ou prestations pour lesquels le participant et/ou ses ayants droit n'ont pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter leur dossier médical personnalisé.**

NOTA : L'omission ou l'utilisation intentionnelle de documents ou renseignements inexacts, notamment l'exagération frauduleuse du montant des frais médicaux, entraîne la perte du droit à prestation pour les actes correspondants, indépendamment des poursuites judiciaires que la Mutuelle pourrait engager.

ARTICLE 17. GARANTIES « MÉDECINES DOUCES ET PSYCHOLOGIE »

Vous pouvez souscrire des garanties qui prévoient le remboursement de tout ou partie des actes de professionnels de santé dont la spécialité ou la pratique ne fait pas l'objet actuellement d'une prise en charge

par la Sécurité sociale. Toutefois, afin de vous garantir une bonne qualité de soins, la Mutuelle ne versera des prestations que si le professionnel de santé répond aux conditions suivantes :

- Ostéopathe : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être titulaire d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou du droit d'user de ce titre, délivré par une autorité administrative en application des articles 9 ou 16 du décret 2007-435
- Chiropracteur : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit sur la liste de l'Agence Régionale de la Santé répertoriant les praticiens habilités à faire usage de ce titre
- Homéopathe : celui-ci doit être un médecin diplômé inscrit au conseil de l'ordre des médecins.
- Acupuncture : elle doit être pratiquée par un docteur en médecine, une sage-femme ou un chirurgien dentiste.
- Psychologue : Il doit être titulaire du diplôme exigé par la loi 85.772 du 26 juillet 1985.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

ARTICLE 18. PRESTATION "ALLOCATION DE NAISSANCE OU D'ADOPTION"

Il s'agit d'une prestation forfaitaire qui est versée en cas de naissance ou d'une adoption plénière au sein de votre foyer (l'adoption simple n'établissant pas juridiquement de lien de filiation, il n'est pas possible de l'assimiler à une naissance).
Seule la naissance de votre enfant (peu importe que vous soyez le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même, en cas d'adoption plénière, l'enfant doit être adopté par vous. La Mutuelle se réserve le droit d'exiger tout justificatif nécessaire au versement de sa prestation.

ARTICLE 19. BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

- **Ensemble des prestations hors "allocation de naissance ou d'adoption"**

Les prestations sont versées par virement sur votre compte en banque.
Toutefois, vos ayants droit de plus de 16 ans peuvent demander au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à la Mutuelle à ce que les prestations destinées à rembourser des dépenses qu'ils ont générées soient versées sur leur propre compte bancaire.
En cas d'utilisation du système dit de "tiers payant", le remboursement est effectué directement auprès du professionnel de santé.

- **"Allocation de naissance ou d'adoption"**

La prestation est versée par virement sur votre compte en banque.

ARTICLE 20. FAUSSE DÉCLARATION

Toute fausse déclaration de votre part ou d'un de vos éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou à l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 21. 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 votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.
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, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

ARTICLE 22. SUBROGATION

Si vous, ou vos ayants droit, êtes victimes d'un accident, la Mutuelle est subrogée dans vos droits lors de votre action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite du montant des prestations que la Mutuelle a versé.

ARTICLE 23. TERRITORIALITÉ

- Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ouverts en France.
- Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par votre régime français d'assurance maladie obligatoire ou celui de vos ayants droit ou par la Caisse des Français de l'Etranger. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié la personne.

En aucun cas, vous ou vos ayants droit, ne pouvez demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.
Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, vous devez lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

- Pour les soins effectués en Belgique par des ressortissants belges : la base de remboursement est le relevé de prestation de la mutualité belge. Toutefois, les remboursements de la Mutuelle sont calculés sur la base des tarifs français pour de tels actes ou soins. Le bénéficiaire des soins ne peut percevoir des remboursements supérieurs à ceux dont il aurait bénéficié s'il avait été soigné en France.
- Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par votre régime français d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle ne prendra en compte que les actes qu'elle aurait indemnisés malgré l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.

• DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24. DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. 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 connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit contre celui on prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 25. ORGANISME DE CONTRÔLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel, située au 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

ARTICLE 26. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la conclusion du présent règlement.
Le membre participant et ses ayants droit autorisent la Mutuelle à communiquer ces informations à tout organisme appelé à connaître le présent règlement en raison de sa gestion ou de son exécution.
Le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 27. MÉDIATION

La Mutuelle Familiale Vauban Humanis adhère au système de médiation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).
Le médiateur de la Fédération nationale de la mutualité française traite les litiges opposant un adhérent à sa mutuelle dans les domaines de la complémentaire santé et de la prévoyance.
Cette médiation, organisée conformément à l'article 72 des statuts de la FNMF et au règlement de la médiation fédérale mutualiste, est écrite et gratuite pour le réclamant.

Coordonnées du médiateur FNMF :
Le médiateur de la Médiation Fédérale Mutualiste 255, rue Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15
E-mail : mediation@mutualite.fr

Les conditions préalables à cette démarche : avoir épuisé toutes les procédures internes de règlement amiable du litige, contractuelles ou autres, propres à la mutuelle contre laquelle est dirigée la réclamation et ne pas avoir saisi les tribunaux.
Intervention du Médiateur : avis écrit et motivé que la mutuelle s'engage à respecter.
Délai d'instruction du dossier : 6 mois à compter de la date à laquelle le médiateur a été saisi.

ARTICLE 28. RÉPÉTITION DE L'INDU

Les prestations versées à tort par la Mutuelle font l'objet d'action à répétition dans les conditions prévues aux articles 1235 et 1376 et suivants du Code Civil dans les 2 années qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la Mutuelle.

NOTES :

NOTES :

MUVEN-406-V08 • Juin 2012

afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION
RETRAITE
SANTÉ
PRÉVOYANCE
ACTION SOCIALE

Mutuelle Familiale Vauban Humanis
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité – SIREN n°783 711 997, membre du Groupe Humanis,
Association Loi 1901 et du GIE Vauban Humanis 8, bd Vauban, 59000 Lille – RCS Lille 487 454 340.
Mutuelle affiliée à la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française)
Siège social : 8 boulevard Vauban – 59024 Lille Cedex

Radiance Groupe Humanis