

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

## CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### ARTICLE 1 – RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Mutuelle des Services Publics (ci-après « la MSP »), ayant son siège social Maison de la Mutualité 1 rue François Moisson 13002 Marseille est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le n°782.825.368. Elle est substituée auprès de Solimut Mutuelle de France, Mutuelle, soumise aux dispositions du livre II, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617 dont son siège social est situé : 47, Rue Maurice FLANDIN – 69003 LYON.

### ARTICLE 2 – OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement mutualiste définit le contenu et la durée, dans le cadre d'une adhésion individuelle santé, les engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Les engagements entre la MSP et les adhérents dans le cadre des opérations collectives ne relèvent pas du présent règlement et sont définis dans les contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire correspondants ainsi que dans les notices d'information qui sont remises aux adhérents concernés

### ARTICLE 3 : DEFINITION

Dans le présent règlement mutualiste, on entend par :

Accident : événement soudain imprévu et extérieur à la victime ayant pour elle, des conséquences matérielles et/ou physiques.

Adhérent : le membre participant qui adhère à la MSP pour lui-même et ses ayants droit.

Ayant droit : personne qui n'a pas signé de bulletin d'adhésion mais qui bénéficie des garanties de la MSP en raison de ses liens avec un adhérent.

Assurance Maladie Obligatoire : régimes obligatoires français et monégasques de sécurité sociale couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance Maladie Complémentaire : ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire. Auxiliaires Médicaux : Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes,... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Délai d'attente (stage): période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion à la complémentaire santé.

Garantie : engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels. Les garanties peuvent notamment concerner les frais liés à une hospitalisation (honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...), les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, les frais pharmaceutiques (médicaments et vaccins), les frais de biologie médicale (analyses), les actes médicaux et d'aides médicales, les frais d'optique : montures, verres et lentilles, les frais de soins et de prothèses dentaires, les frais d'appareillage (audioprothèse, fauteuil roulant...).

Prestations : il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Ticket modérateur : c'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). 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 l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD). Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Tiers-payant : paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire en lieu et place de l'assuré le dispensant de tout ou partie de l'avance de frais.

## CHAPITRE 2 ADHÉSION

### ARTICLE 4-RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et, le cas échéant, à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire.

### ARTICLE 5- CONDITIONS D'ADHESION

#### 5.1. MODALITES D'ADHESION

L'adhésion à la MSP résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. L'adhésion est annuelle mais elle est possible en cours d'année civile et se renouvelle pour une année civile par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf résiliation selon les modalités définies à l'article 9. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements. L'adhésion ou la réadhésion à la MSP est subordonnée à un droit

d'adhésion dont le montant est fixé à l'article 8 des statuts « Droits d'adhésion ». L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la MSP de toute modification de sa situation administrative ou familiale. Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

#### 5.2. DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément aux articles L.121-21-5 et L.121-30 du code de la consommation. Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la MSP devra lui rembourser à l'exception de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. A l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la MSP, dans les mêmes conditions et délai, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier. Le droit de renonciation est exercé par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège social et administratif situé MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS MAISON DE LA MUTUALITE 1 RUE FRANCOIS MOISSON 13002 MARSEILLE. Cette lettre peut être rédigée selon le modèle suivant : «Je soussigné ....(nom, prénom).....demeurant ... (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé n°... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le ..... auprès de Mutuelle des Services Publics + Adresse Date..... Signature de l'adhérent»

### ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

a) Sauf disposition particulière mentionnée sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le :

- 1er jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est signé entre le 1er et le 15 dudit mois,
- 1er jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion est signé entre le 16 et la fin du mois en cours.
- En cas de naissance d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois de sa naissance si l'adhérent communique à la MSP l'acte de naissance, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents et sous réserve de la signature d'un avenant contractuel dans les trois mois suivant la naissance. Passé ce délai, l'adhésion prendra effet dans les conditions fixées au a).
- En cas d'adoption d'un enfant, l'adhésion de l'enfant prend effet au premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille si l'adhérent communique à la MSP l'acte d'adoption, ainsi que comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents et sous réserve de la signature d'un avenant contractuel dans les trois premiers mois suivant l'adoption. Passé ce délai, l'adhésion prendra effet dans les conditions fixées au a).

### ARTICLE 7 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE, DELAIS D'ATTENTE (DELAIS DE STAGE)

#### 7.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est ouvert à partir de la date d'effet inscrite sur le bulletin d'adhésion.

#### 7.2. DELAIS D'ATTENTE

Le délai d'attente, également appelé délai de carence, est la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, ou de manière limitée, sauf pour les prises en charge imposées par le cahier des charges du contrat responsable, fixées par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (ticket modérateur, participation forfaitaire de 18 euros pour les actes techniques supérieurs à 120 euros, forfaits journaliers hospitaliers), et ce bien que l'adhérent cotise.

#### 7.2.1 Contrats responsables

Par dérogation au point 7.1., il est appliqué un délai d'attente sur les prestations de :

- 6 mois pour les cas suivants : séjour accompagnant enfant de moins de 16 ans, chambre particulière (hors maternité), cures thermales, forfait acoustique, prothèse capillaire, dépassement du ticket modérateur en prothèses dentaires et orthodontie,
- 10 mois pour les cas suivants : chambre particulière maternité,
- 12 mois pour les risques suivants : forfait de cures thermales et forfait chirurgie oculaire.

L'application des délais d'attente ne remet pas en cause les obligations de prise en charge de la Mutuelle au titre du contrat responsable telles que fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

#### 7.2.2 Contrats non responsables

Par dérogation au point 7.1., il est appliqué un délai d'attente sur les prestations de :

- 6 mois pour les cas suivants : hospitalisation chirurgicale et médicale, forfait hospitalier, séjour accompagnant enfant de moins de 16 ans, maison de repos et établissements spécialisés, chambre particulière (hors maternité), cures thermales, acoustique, prothèse capillaire, forfaits verres, prothèses dentaires et orthodontie,
- 10 mois pour les cas suivants : hospitalisation obstétricale, chambre particulière maternité,
- 12 mois pour les risques suivants : forfait de cures thermales et forfait chirurgie oculaire.

#### 7.3. EXONERATION DE DELAIS D'ATTENTE

Les délais d'attente ne sont pas appliqués aux nouveaux adhérents pouvant justifier du bénéfice d'une complémentaire santé antérieure, avec une interruption maximale de trois mois entre la résiliation de l'ancienne couverture et l'adhésion à la MSP. Cette justification est apportée sur présentation d'un certificat de radiation.

#### 7.4. CHANGEMENT DE GARANTIE

L'adhérent a la possibilité d'effectuer un changement d'option ou une extension des garanties aux conditions suivantes :

- Etre à jour de ses cotisations au moment de la demande,
- Etre adhérent de la MSP depuis minimum 18 mois révolus,

L'adhérent doit informer la MSP de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par déclaration écrite dans les bureaux d'accueil. La MSP adresse les documents nécessaires et enregistre la modification à réception de l'ensemble des documents dûment complétés et signés. Le changement d'option ou de garantie prend effet au début du trimestre civil suivant la demande de changement d'option. Le changement d'option ou de garantie est irrévocable pendant une période de 18 mois à compter de sa prise d'effet. Pour tout changement de garantie, l'adhérent a droit au montant des forfaits de sa nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de son ancienne garantie.

## ARTICLE 8 – CATEGORIES D'AYANTS DROIT

Les ayants droit des garanties sont les personnes mentionnées sur le bulletin d'adhésion autres que l'adhérent et entrant dans une des catégories suivantes :

- le conjoint de l'adhérent légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestations : est assimilé au conjoint le concubin reconnu ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation, selon le cas, d'une attestation sur l'honneur de vie commune ou de la copie du Pacte Civil de Solidarité ;
- l'enfant légitime, naturel, reconnu, recueilli ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint s'il est effectivement à la charge de l'adhérent ainsi que les enfants, non confiés à la garde de l'adhérent, mais pour lesquels il est tenu judiciairement de verser une participation alimentaire.
- tout autre membre de la famille de l'adhérent ou de son conjoint à leur charge (ascendant, descendant, collatéral jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré que l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et se consacre exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré.

Sont considérés comme enfants à charge :

- o tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20ème anniversaire,
- o tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, qui poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité,
- o tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, en contrat d'alternance (apprentissage, professionnalisation, etc,...) sur présentation d'un contrat en alternance,
- o tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, qui est demandeur d'emploi et qui est inscrit à Pôle Emploi sur présentation de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
- o tout enfant atteint d'une infirmité, sans limite d'âge (selon la réglementation du régime de la Sécurité Sociale) telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunérée sur présentation d'une attestation d'invalidité.

## ARTICLE 9 – RESILIATION DU CONTRAT OU RADIATION D'UN AYANT DROIT

### 9.1. RESILIATION DU CONTRAT OU RADIATION D'UN AYANT DROIT EN FIN D'ANNEE

L'adhérent peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle ou demander la radiation d'un de ses ayants droit dans les conditions prévues par le présent règlement en adressant une lettre recommandée à « Mutuelle des Services Publics CS 10535 13236 Marseille Cedex 2 » avant le 31 octobre de l'année. Chaque membre participant peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle ou demander la radiation d'un de ses ayants droit dans le cadre des dispositions relatives aux adhésions à tacite reconduction prévues par l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité

### 9.2. RESILIATION DU CONTRAT A TITRE EXCEPTIONNEL

L'adhérent peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en cours d'année pour les cas mentionnés ci-dessous en adressant une lettre recommandée à « Mutuelle des Services Publics CS 10535 13236 Marseille Cedex 2 » et sous réserve de joindre les justificatifs correspondants :

- Perte du régime d'assurance obligatoire français,
- Attribution de la CMU,
- Décès,
- Divorce ou séparation,
- Mariage, PACS,
- Affiliation au Régime Social des Indépendants (RSI),
- Déménagement hors du territoire national.

### 9.3. RESILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

La mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant, dans les cas suivants :

- En cas de défaut de paiement des cotisations, (voir art. 14.2. et 14.3.),
- Lors d'une modification de la situation du membre participant (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial et de profession ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle), lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle, en lui adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de la révélation de l'évènement. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification (article L.221-17 du Code de la Mutualité). Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la 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,
- En cas de fausse déclaration intentionnelle, d'une part, en cas d'omission d'informations ou d'inexactitude des informations fournies et de mauvaise foi (articles L.221-15 et L.221-17 du Code de la Mutualité), pour les éléments visés à l'article 11 du présent règlement. La mutuelle adresse valablement les mises en demeure et notifie valablement les résiliations au dernier domicile connu du membre participant.

### 9.4. DATE D'EFFET ET CONSEQUENCES DE LA RADIATION

La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande et des pièces justificatives sous réserve que la demande et les pièces justificatives aient été reçues dans les trois mois qui suivent l'évènement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de

la 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. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le 31 décembre de l'année et les cotisations restent dues par l'adhérent jusqu'à cette date. Le droit aux prestations cesse dès la prise d'effet de la radiation.

## CHAPITRE 3 COTISATIONS

### ARTICLE 10 – DETERMINATION DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.112-1 et à l'article L. 112-1-1 du Code de la Mutualité, le bénéfice des garanties et des services proposés par la MSP est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle déterminée selon les critères du Code de la Mutualité notamment :

- o la garantie choisie
- o l'âge de chacun des bénéficiaires
- o la composition familiale
- o le régime de Sécurité Sociale d'affiliation
- o le lieu de résidence.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année peut entraîner une modification du montant de la cotisation. En cas de changement d'adresse, le nouveau montant de cotisation prend effet le premier jour du mois suivant la date à laquelle la mutuelle a été informée du changement. A cette cotisation mutualiste H.T., s'ajoute le montant des taxes légales applicables dont le taux est susceptible d'évoluer en cours d'année en fonction des décisions réglementaires

### ARTICLE 11 – GRATUITE

La cotisation est gratuite pour les contrats dont la cotisation est établie par individu (adhérent ou ayant droit) composant la famille :

- o pour le nouveau-né, jusqu'au dernier jour du mois précédant son premier anniversaire,
- o pour l'enfant adopté, jusqu'au dernier jour du mois précédant le premier anniversaire de la date où l'enfant a été confié à la famille en vue de l'adoption,
- o pour le 3ème enfant à charge et suivants.

La gratuité ne s'applique pas aux contrats individuels dont les cotisations sont calculées selon la composition familiale.

### ARTICLE 12 – AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Conformément aux dispositions des articles L.863-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, et de leurs textes d'application, les personnes à faible revenu peuvent bénéficier d'une aide au paiement de leur cotisation de complémentaire santé, sur décision prise par leur caisse d'assurance maladie. La MSP assure la distribution de l'offre labellisée « Accès Santé » de l'association ACS-P sur présentation de l'attestation justificative pour lui et/ou ses ayants droit afin de pouvoir bénéficier de cette déduction de cotisation.

### ARTICLE 13 – REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées par l'assemblée générale, ou par le conseil d'administration sur délégation donnée par l'assemblée générale, en fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des risques, des dépenses de santé et des modifications d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel. La modification est applicable à l'adhérent dès qu'elle lui a été notifiée.

## ARTICLE 14 – PAIEMENT DES COTISATIONS

### 14.1. MODALITES DE REGLEMENT

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie. Pour l'année en cours, elle inclut les cotisations destinées aux unions, fédérations ou autres organismes du secteur de l'économie sociale mentionnées ci-dessous :

- Grand Conseil de la Mutualité,
- Fédération des Mutuelles de France incluant la cotisation à la Fédération Nationale de la Mutualité Française,
- Union Nationale des Mutuelles de Fonctionnaires Territoriaux (UNMFT) incluant la cotisation à la Mutualité Fonction Publique,
- Union Nationale des Mutuelles de Santé (UNS) incluant la cotisation à la Mutualité Fonction Publique.

La cotisation est due au 1er janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date de l'adhésion. Elle peut être acquittée par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou similaire, par précompte sur le salaire ou chèque bancaire. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique et précompte sur le salaire), par trimestre ou par semestre. Elles s'établissent comme suit :

Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de six euros (6 €). La cotisation de membre honoraire est payable par chèque lors de l'adhésion, puis annuellement par prélèvement automatique sur compte bancaire.

### 14.2. INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la MSP se réserve le droit de mettre à la charge de l'adhérent :

- o Les frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure)
- o Les frais occasionnés en cas de rejet de prélèvement bancaire.

### 14.3. DEFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la MSP de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure adressée à l'adhérent. La MSP a le droit de résilier au plus tôt la garantie 10 jours après la suspension du contrat définie ci-dessus. Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé, que son contrat est susceptible d'être résilié dans les délais définis ci-dessus. Dans le 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 garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la MSP les cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, et

celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

#### **14.4. REINTEGRATION SUITE A DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Pour pouvoir être réintégré dans la MSP, l'adhérent devra :

- adresser une demande de réintégration à la MSP dans un délai maximum de deux mois suivant la date de radiation,
- régler l'arriéré de ses cotisations. La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation. En tout état de cause, l'adhérent devra s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration.

#### **ARTICLE 15 – REMBOURSEMENT DE COTISATIONS**

En cas de résiliation à titre exceptionnel, la part de cotisation correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée dans un délai de deux mois à compter de la date de radiation. Le remboursement éventuel des cotisations est soumis à l'obligation préalable de restitution de la ou des carte/s mutualiste/s de tiers-payant délivrée/s par la MSP.

### **CHAPITRE 4 PRESTATIONS GARANTIES**

#### **ARTICLE 16 – DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES**

Les prestations offertes par la MSP sont les remboursements de frais fixés selon l'option choisie par le membre participant dans le bulletin d'adhésion au titre des soins nécessités par une maladie ou un accident garanti par la mutuelle. Un descriptif des garanties définissant les prestations assurées conformément au contrat choisi est remis à l'adhérent avec le présent règlement. Les modifications des prestations garanties sont applicables de plein droit dès leur notification aux adhérents. Les prestations de la MSP sont versées en complément ou en supplément de l'assurance maladie obligatoire. Dans le descriptif des garanties, elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de régimes obligatoires français en vigueur en date de la dernière Assemblée Générale MSP ou sous forme de forfait en fonction de la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement. Selon la garantie choisie, la MSP peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire. La MSP peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestation notamment lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité Sociale. Sauf décision contraire de l'Assemblée Générale, la modification des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne pourra avoir pour effet de majorer automatiquement les remboursements de la MSP. Les prestations offertes en inclusion des garanties santé de la mutuelle et intitulées « prévoyance » sont des versements d'allocations ou de primes aux membres participants en cas de survenance des risques définis par les contrats souscrits, ainsi que l'accès à un service d'assistance à la vie quotidienne. Ces prestations sont garanties par :

- Solimut Mutuelle de France sise 47 rue Maurice Flandin 69003 Lyon,
- la Mutuelle des Etudiants (LMDE) sise 37 rue Marceau – BP 210 – 94203 Ivry-Sur-Seine.
- Dans l'intérêt de ses membres, la mutuelle peut rechercher la conclusion d'accords, dans le cadre de convention(s), visant à faire bénéficier ses adhérents d'un tarif mutualiste spécifique avec des structures sanitaires et sociales privées et publiques, ainsi qu'avec des professionnels de santé (médical, paramédical) présents sur ses zones d'intervention. Ce type d'accords est ouvert à toute structure sanitaire et sociale, et à tout professionnel de santé qui s'engage à respecter le cadre souhaité par la mutuelle.

#### **ARTICLE 17 – LIMITE DE REMBOURSEMENT**

Les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit. L'adhérent s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des douze derniers mois. En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, l'adhérent s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle. En cas de pluralité de contrats garantissant l'adhérent, conformément à l'article 2, alinéa 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix. Ainsi, si l'adhérent souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la Mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs le garantissant contre le même risque que celui couvert par la Mutuelle. Il devra ensuite lui fournir les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des assureur(s) complémentaire santé de premier niveau, pour obtenir le remboursement des prestations. Celles-ci seront versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par le ou les assureur(s) santé de premier niveau dans les limites précédemment exposées.

#### **ARTICLE 18- REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS**

##### **18.1. MODALITES DE REMBOURSEMENT A L'ADHERENT**

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte indiqué par l'adhérent. La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la MSP (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement du régime obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part. Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

##### **18.2. TIERS PAYANT**

Les prestations garanties par la MSP peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant. Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses adhérents,
  - hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.
- La MSP se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste. L'usage frauduleux de la carte s'entend de l'utilisation par l'adhérent non à jour de cotisations ou radié ou à toute autre personne agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la MSP. En tout état de cause, l'adhérent doit immédiatement avertir les professionnels de santé lors d'un changement de garantie en cours d'année ou de la radiation de son contrat.

##### **18.3. RECOURS A LA TELETRANSMISSION**

Sauf refus de l'adhérent, les remboursements de la MSP sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les Professionnels de Santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques « Noémie ». Dans ce cas, la MSP effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire. A défaut d'application du procédé Noémie, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux voire scannés établis par l'assurance maladie obligatoire. De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire,
- Les originaux des factures des établissements hospitaliers et des professionnels de santé, factures subrogatoires, notes d'honoraires des chirurgiens, portant la mention « acquittée le » ou « payée le »,
- Les notes d'honoraires et factures portant la mention « acquittée le » ou « payé le » afin de justifier les dépenses réelles. Les demandes de paiement des honoraires médicaux et fournitures accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date du remboursement de l'acte médical par le régime d'assurance maladie obligatoire,
- la prescription médicale.
- l'original voire scanné du décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

#### **ARTICLE 19 – PRESTATIONS INDUES**

L'adhérent doit informer la MSP dans les plus brefs délais en cas de prestations indûment versées. En tout état de cause, que l'adhérent ait pris connaissance par lui-même ou par information de la mutuelle de prestations indûment versées pour son compte, il s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle au titre de la répétition de l'indu. Toutefois, la mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent, par toute voie de droit.

#### **ARTICLE 20 – CONTRATS RESPONSABLES – OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE ET D'INFORMATION**

Les garanties dites « responsables » proposées par la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des dispositions de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. À ce titre, lesdites garanties sont conformes au cahier des charges du contrat responsable et respectent :

- l'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire à l'ID pour chaque consultation et la franchise médicale applicable aux
  - médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;
  - l'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir
  - préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
  - le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% et de l'homéopathie, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
  - la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
  - la maîtrise des frais d'optique avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement
  - encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la correction et de la complexité du verre correcteur. Ceci dans la limite d'un renouvellement de correction tous les deux ans de date à date, sauf dans les cas soit d'un changement de correction nécessaire, soit pour les enfants où le renouvellement de correction, pour ces deux cas, peut avoir lieu tous les ans de date à date ;
  - un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins OPTAM – OPTAM CO.
  - les dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.
- En outre, la MSP communiquera le montant des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités prévues par l'arrêté du 7 avril 2012.

#### **ARTICLE 21 –DISPOSITIFS OPTAM – OPTAM CO**

Depuis le 1er janvier 2017, deux dispositifs ont été mis en place :

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – CO (dite OPTAM CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
  - l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.
- En adhérant à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables. L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre du contrat Frais de santé, d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

## ARTICLE 22 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES

### **22.1. PRISES EN CHARGE DES MEDECINES COMPLEMENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE**

Les séances d'ostéopathe, de chiropracteur, de diététicien, de pédicure podologue, de dermatologue, de masseur kinésithérapeute, de psychologue, de psychomotricien doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire Adeli (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la Mutuelle selon la garantie souscrite.

Les médicaments prescrits non remboursés par l'assurance maladie obligatoire doivent être enregistrés dans la base de données publiques du médicament pour être éligibles au remboursement de la MSP prévu par certaines garanties (liste accessible sur internet).

### **22.2. ETABLISSEMENTS ET SERVICES SPECIALISES**

Sont considérés comme établissements et services spécialisés : les maisons de convalescence de repos, de rééducation, les sanatoriums, les moyens et longs séjours, les maisons d'enfants à caractères sanitaires.

### **22.3. FORFAIT JOURNALIER**

Le forfait journalier éventuellement pris en charge par la MSP s'entend du forfait défini à l'article L 174-4 du Code de la Sécurité Sociale.

### **22.4. CHAMBRE PARTICULIERE**

Le remboursement de la chambre particulière n'est accordé que pour les hospitalisations d'au moins une nuit et suivant l'option ou la garantie choisie (sauf convention particulière signée avec un établissement de santé).

### **22.5. CURES THERMALES NON REMBOURSEES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

Si les cures sont justifiées par l'existence d'une pathologie ORL ou par la nécessité de bénéficiaire de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la MSP au titre du « forfait cure thermique » sous réserve d'un accord spécifique entre la MSP et l'établissement thermal concerné.

### **22.6. FRAIS D'ACCOMPAGNANT OU D'ACCOMPAGNEMENT**

Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit. Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

### **22.7. SOINS A L'ETRANGER**

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la MSP.

## CHAPITRE 5 - DISPOSITIONS DIVERSES

### **ARTICLE 23 : GARANTIES ELIGIBLES A LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE LEURS ETABLISSEMENTS PUBLICS**

La MSP propose des garanties éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, au sens du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

### **ARTICLE 24 : REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES**

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle régie par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016. Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle. Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques. Elles peuvent également être utilisées : i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et ii) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux. Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil. Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des

adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux. Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription. Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

Conformément à la réglementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser au Responsable de la protection des données (DPO : data protection officer) à l'adresse email [dpo.msp@solimut.fr](mailto:dpo.msp@solimut.fr) ou par courrier adressé à :

DPO – MSP  
UGM Solimut  
146A avenue de Toulon 13010 Marseille

Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande. Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayants droits, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voir une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle. L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

### **ARTICLE 25 : RECLAMATION ET MEDIATION**

En cas de contestation relative aux contrats souscrits, l'adhérent peut soumettre sa réclamation par écrit précisant la nature de la réclamation. Les modalités pratiques sont précisées au titre V du règlement intérieur.

### **ARTICLE 26 : SUBROGATION**

La mutuelle est subrogée dans les conditions prévues par l'article L.224-9 du Code de la Mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables. 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 l'organisme mutualiste 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.

### **ARTICLE 27 : PRESCRIPTION**

En application de l'article L.221-12 du Code de la Mutualité toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement, notamment les demandes de remboursement de prestations, se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

### **ARTICLE 28 : FAUSSE DECLARATION**

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte par l'adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi, la nullité de la garantie (L. 221-14 du Code de la Mutualité).
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, la réduction du montant des prestations garanties ou l'augmentation de la cotisation (L.221-115 du Code de la Mutualité).

### **ARTICLE 29 : AUTORITE DE CONTROLE**

La MSP est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

### **ARTICLE 30 : LOI APPLICABLE**

La loi applicable au présent règlement est la loi française.



[www.mutuelle-msp.fr](http://www.mutuelle-msp.fr)