

REGLEMENT MUTUALISTE COLLECTIF A ADHESION INDIVIDUELLE 2010 - SANTE TNS PROFESSIONS LIBERALES - COMMERCANTS - ARTISANS

CHAPITRE 1 – OBJET DU REGLEMENT

Article 1 : Objet

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité (annexe à l'ordonnance N°2001-305 du 19 avril 2001). Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre adhérent de la Mutuelle Générale de Paris en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il est adopté par l'assemblée générale de la Mutuelle Générale de Paris sur proposition du conseil d'administration.

Le présent règlement détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime collectif frais chirurgicaux et médicaux à adhésion individuelle, dénommé « **SANTE TNS** », souscrit par l'Association APSME, pour le compte de ses membres, auprès de la Mutuelle Générale de Paris.

Le régime a pour objet de faire bénéficier les travailleurs non salariés du remboursement de leurs frais de dépenses de santé, complémentaires à leur régime obligatoire.

Le présent régime prend en compte le dispositif « des contrats responsables » prévu par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 modifiée et les décrets d'application.

Article 2 : Intervenants au régime Adhérent

La personne signataire du bulletin individuel d'adhésion, membre de la Mutuelle Générale de Paris et acquittant les cotisations.

APSME

Association de Prévoyance Sociale Mieux-Être, association loi 1901, sise 171 avenue Ledru Rollin à Paris dans le 11^{ème} arrondissement.

L'association souscriptrice dont les membres travailleurs indépendants peuvent adhérer à titre individuel aux garanties définies au présent règlement.

Assuré

La personne exposée aux événements garantis par le régime. **Bénéficiaire**
L'adhérent lui-même et/ou les ayants droit désignés, à savoir les personnes habilitées à percevoir les prestations garanties.

Ayants droit

La (les) personne(s) dénommée(s) par les statuts de la Mutuelle Générale de Paris, et bénéficiant des garanties du régime à la demande de l'adhérent.

Article 3 : Définitions

Délai d'attente

Période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une garantie, au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas indemnisée au titre du présent régime. Cette période est précisée au descriptif de la garantie.

Plafond de garantie

Montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré au cours d'une période précisée au descriptif de la garantie choisie.

Article 4 : Garantie technique et financière du régime santé

Le présent régime bénéficie de la garantie technique et financière de la Mutuelle Générale de Paris, 14 rue Coquillière - 75001 PARIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 302 976 592.

CHAPITRE 2 – CONDITIONS D'ADHESION AU REGIME

Article 5 : Conditions et modalités d'adhésion

L'adhésion est réservée aux personnes physiques exerçant de manière régulière et constante une activité professionnelle non salariée non agricole, affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Article 6 : Formalités d'adhésion

L'adhésion au régime doit être demandée à l'aide du bulletin individuel d'adhésion prévu à cet effet sur lequel l'adhérent précise l'option choisie.

En cas d'acceptation de l'adhésion, l'adhérent ainsi que ses ayants droit désignés sur le formulaire lors de l'adhésion acquièrent la qualité d'assuré.

Article 7 : Règles applicables au régime et options à l'adhésion

Le présent régime complète les statuts de la Mutuelle Générale de Paris. Il est régi par :

- les présentes conditions,
- les conditions figurant sur le bulletin individuel d'adhésion,
- les modalités figurant au descriptif des garanties.

Au moment de l'adhésion, l'adhérent peut adhérer au régime **APSME** en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin individuel d'adhésion. Ce régime entre dans le cadre des

dispositions de la loi relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (Loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et de son décret d'application) et bénéficie à ce titre de la législation fiscale en vigueur,

S'il ne coche pas cette case, l'adhérent relèvera des règles de droit commun applicables aux garanties à caractère facultatif.

Article 8 : Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte d'un assuré

8.1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle d'un assuré

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour la Mutuelle Générale de Paris, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion.

L'assuré est déchu de tout droit aux garanties.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la Mutuelle Générale de Paris en poursuit le recouvrement.

8.2 Omission ou déclaration inexacte d'un assuré

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle Générale de Paris a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin **10 jours** après notification qui lui est adressée par lettre recommandée. La Mutuelle Générale de Paris restitue à l'adhérent, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent, par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

CHAPITRE 3 – GARANTIES DU REGIME

Article 9 : Objet de la garantie

La garantie a pour objet :

- de rembourser en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'exams de laboratoire, de prothèses et d'appareillages restant à la charge de l'assuré après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie. Les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité du régime obligatoire d'assurance maladie pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.
- d'attribuer, le cas échéant, des prestations sociales selon les conditions mentionnées au descriptif des garanties.

Les prestations obsèques et décès mentionnées, le cas échéant, au descriptif des garanties santé, sont définies annuellement par l'assemblée générale et régies par des règlements mutualistes obsèques et décès spécifiques précisant les conditions de leur maintien ou de leur reconduction.

Article 10 : Etendue des garanties

La nature et le montant des prestations garanties sont définis au tableau des garanties du régime.

Certaines prestations peuvent cependant comporter un plafond de garantie.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 11 : Prise d'effet des garanties

Les garanties sont acquises à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Toutefois, dans le cadre de certaines formules, des actes peuvent faire l'objet d'un délai d'attente selon les conditions et modalités précisées au tableau des garanties.

Article 12 : Ouverture et terme du droit à l'assurance

12.1 Le droit à l'assurance est ouvert dès la date d'effet de l'adhésion en contrepartie du paiement régulier des cotisations dues par l'adhérent dans les **10 jours** suivant l'échéance figurant sur l'avis d'appel des cotisations qui lui est adressé.

12.2 Le droit à l'assurance prend fin en cas de dénonciation de l'adhésion.

La dénonciation de l'adhésion intervient, sauf radiation anticipée prévue à l'article 26, au 31 décembre de l'exercice

considéré. L'adhérent ainsi que ses ayants droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

La dénonciation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident survenu postérieurement à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle Générale de Paris reste engagée pour les dépenses de santé engagées avant la date d'effet de la dénonciation et ce jusqu'à leur liquidation complète sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les **12 mois** suivant la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion.

CHAPITRE 4 – EXCLUSION DES GARANTIES

Article 13 : Risques non garantis

Sont exclus de la garantie :

- toute dépense de soins qui est la conséquence directe ou indirecte d'un fait intentionnel de l'assuré ;
- les prescriptions, les actes, les soins et les pratiques médicales non inscrits à la nomenclature du régime obligatoire d'assurance maladie ;
- les prescriptions, les actes, les soins et les dépenses dont les événements sont antérieurs à la date d'acquisition de la qualité d'assuré au titre du présent règlement.

CHAPITRE 5 – FONCTIONNEMENT DU REGIME

Article 14 : Modification de garantie

14.1 L'adhérent peut solliciter un changement de garantie parmi celles en vigueur au jour de la demande.

La demande de changement ne peut être effectuée qu'au terme des **12 mois** qui suivent l'adhésion ou la dernière augmentation de garantie. Tout changement doit être formulé par lettre au moins **2 mois** avant l'échéance annuelle et prend effet à la date mentionnée à l'avenant d'adhésion.

Toutefois en cas de demande de réduction de garantie pour des motifs exceptionnels (chômage, décès d'un bénéficiaire ou exonération du ticket modérateur), la modification de garantie pourra prendre effet au plus tôt le **1^{er} du mois** qui suit la présentation des pièces justificatives.

14.2 La mutuelle peut être amenée à modifier les garanties en cas de modification de la nomenclature des actes pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ou de leur valorisation, ou lors de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires ayant un effet sur le présent régime.

Article 15 : Obligations de l'adhérent

L'adhérent s'engage à :

- informer la Mutuelle Générale de Paris de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (article 16) ;
- aviser la Mutuelle Générale de Paris lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent règlement (article 19) ;
- régler à la Mutuelle Générale de Paris les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent règlement (article 22).

Article 16 : Subrogation

La Mutuelle Générale de Paris est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle Générale de Paris a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité à caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

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

CHAPITRE 6 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 17 : Réglement des prestations

Le règlement des prestations est effectué par la Mutuelle Générale de Paris sur présentation des pièces justificatives suivantes :

Pour le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- pour les soins médicaux et chirurgicaux : l'attestation de remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- pour les frais d'optique, les prothèses dentaires ou le traitement d'orthodontie faciale : l'attestation de remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie et l'original de la facture ;

- pour les frais d'appareillage : la facture acquittée du fournisseur ;
- pour les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : l'original de la facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier, etc.), ainsi que les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé.
- pour les cures thermales : la justification de l'accomplissement d'une cure thermale.

Pour la prise en charge, le cas échéant, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie :

- justificatifs visés à l'alinéa précédent et toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
- notification du refus opposé par le régime obligatoire d'assurance maladie si tel est le cas, et note d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotisation de l'acte pratiqué. D'autres justificatifs, précisés au tableau ou au renvoi des garanties, peuvent être demandés.

Les garanties du présent régime s'exercent en France. Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), la mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des « soins à l'étranger ».

La mutuelle peut intervenir également en complément d'un régime étranger d'assurance maladie, soit dans le cadre de l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie, soit au titre de conventions bilatérales.

La mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (exception faite des lentilles de vue jetables pour lesquelles la mutuelle intervient à hauteur du montant défini au tableau des garanties et selon les conditions mentionnées au renvoi des garanties) qui ont pour objet la mise en application de forfaits ou de remboursements non soumis à prise en charge du régime obligatoire français d'assurance maladie.

Les prestations sont toujours versées en France.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les territoires d'outre mer (TOM) ne peuvent pas être affiliées au contrat, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des français à l'étranger conformément aux dispositions de l'article L.762-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 18 : Paiement des prestations

Les prestations sont payées par la Mutuelle Générale de Paris directement à l'assuré, par virement sur un compte bancaire.

Article 19 : Pluralité d'assurance

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes d'assurance produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion.

Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 20 : Prescription et forclusion

Tous droits et actions dérivant du présent règlement souscrit se prescrivent par **2 ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Lorsque l'adhérent (ou un ayant droit) est mineur ou incapable majeur, le délai visé ci-dessus ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur le paiement ou le refus de paiement d'une prestation doit parvenir à la Mutuelle Générale de Paris dans les **6 mois** à compter du paiement ou de la décision de refus contesté.

Ce délai de **6 mois** court à compter de la majorité ou du recouvrement de la capacité pour les mineurs et les incapables majeurs.

Article 21 : Contrôle

La Mutuelle Générale de Paris peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

CHAPITRE 7 – MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 22 : Montant et paiement des cotisations

22.1 Le montant annuel des cotisations et la périodicité des paiements sont mentionnés sur le bulletin individuel d'adhésion.

22.2 En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, assurés par ce régime et quelque soit leur âge au moment du décès, les ayants droit inscrits à ce régime à la date du décès bénéficient d'une exonération du paiement de la cotisation pendant une durée de 6 mois à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui du décès.

Article 23 : Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les **10 jours de l'échéance**, et indépendamment du droit de la Mutuelle Générale de Paris de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue **30 jours** après la mise en demeure de l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle Générale de Paris a le droit de résilier la garantie **10 jours** après l'expiration du délai de **30 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 Générale de Paris 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 poursuites et de recouvrement.

Article 24 : Modification des cotisations

24.1 La Mutuelle Générale de Paris peut réévaluer, sur décision de l'assemblée générale annuelle, le montant des cotisations en fonction des résultats techniques du régime et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ou de la nomenclature des actes remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie, ou de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires, la Mutuelle Générale de Paris peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations.

24.2 Le montant des cotisation annuelles peut évoluer en raison du changement de tranche d'âge de l'assuré. Le changement d'âge est appliqué au 1^{er} janvier d'un exercice. Il est déterminé par la différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

CHAPITRE 8 – EFFET, RENOUVELLEMENT, DUREE ET FIN DE L'ADHESION

Article 25 : Prise d'effet et durée

L'engagement contractuel de l'adhérent prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception par la Mutuelle Générale de Paris du bulletin individuel d'adhésion pour une période expirant le 31 décembre de la même année.

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle Générale de Paris est matérialisée par l'envoi d'une carte d'assuré mentionnant notamment l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de dénonciation.

Article 26 : Dénonciation de l'adhésion

26.1 La dénonciation du fait de l'adhérent doit être opérée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à **60 jours** avant la fin de l'année civile. Lorsque l'augmentation de cotisation est adressée moins de 15 jours avant le 31 octobre ou après cette date, l'adhérent dispose d'un délai de 20 jours suivant l'envoi de la lettre l'informant du changement du montant des cotisations, le cachet de la poste faisant foi, pour dénoncer son adhésion.

En cas de modification du régime en cours d'année, par application de l'article 24 alinéa 2, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification, pour dénoncer son adhésion.

Les effets de la dénonciation sont précisés à l'article 12.2.

26.2 La dénonciation par la Mutuelle Générale de Paris est prononcée :

- en cas de non paiement des cotisations, dans les conditions et avec les effets prévus à l'article 23 ;
- en cas de nullité de l'assurance, dans les conditions et avec les effets prévus à l'article 8
- lorsque l'adhérent ne répond plus aux conditions d'adhésion prévues à l'article 5.

26.3 En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
 - changement de situation matrimoniale ;
 - changement de régime matrimonial ;
 - changement de profession ;
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.**

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les **3 mois** suivant la date de l'événement ou de sa révélation. La dénonciation prend effet **1 mois** après réception de sa notification.

La Mutuelle Générale de Paris rembourse à l'assuré 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 dénonciation.

CHAPITRE 9 – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 : Résiliation du régime collectif

En cas de résiliation du régime collectif souscrit par l'Association de Prévoyance Sociale Mieux-Etre (APSME) auprès de la mutuelle, la Mutuelle Générale de Paris maintient les adhésions en cours conformément aux dispositions du régime et selon les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur.

Article 28 : Autorité chargée du contrôle

La Mutuelle Générale de Paris est soumise au contrôle administratif de :

L'ACP
61 rue Taitbout
75436 PARIS CEDEX 09

Article 29 : Informatique et Libertés

En application de la loi N°78-17, l'assuré a un droit d'accès et de rectification des informations détenues par la Mutuelle Générale de Paris en s'adressant au siège figurant sur le bulletin individuel d'adhésion.

L'assuré peut s'opposer à toute communication des informations le concernant à des tiers en adressant une lettre recommandée à la Mutuelle Générale de Paris.