

EVIN

Régime Général de la Sécurité Sociale

LES COTISATIONS ET LES PRESTATIONS SONT REVISABLES CHAQUE ANNEE

NATURE DES PRESTATIONS (2)	Sécurité Sociale (1)	Mutuelle (1)	Total perçu par l'adhérent (Sécurité Sociale+Mutuelle)
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux ou chirurgicaux	100%	100%	200%
Frais de séjour	80%	120%	200%
Frais de chambre particulière (y compris en hospitalisation ambulatoire mais hors maternité simple)	-	40 € / jour	40 € / jour
Forfait hospitalier	-	15 € / jour	15 € / jour
Forfait hospitalier psychiatrique	-	11 € / jour	11 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels
MEDECINE COURANTE <i>Si respect du parcours de soins (3)</i>			
Consultations, Visites	70%	130%	200%
Actes de spécialités	70%	130%	200%
Radiologie (hors ostéodensitométrie osseuse)	70%	130%	200%
Analyses médicales	60%	140%	200%
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	60%	140%	200%
Frais de transport	65%	135%	200%
Frais pharmaceutiques	65% 30% 15%	35% 65% 0%	100% 95% 15%
APPAREILLAGE			
Petit appareillage	60%	195%	255%
Grand appareillage	60%	195%	255%
Prothèses Auditives	60%	Forfait annuel de 1000 € pour les 2 oreilles - 60% TC	Forfait annuel de 1000 € pour les 2 oreilles
DENTAIRE			
Soins dentaires	70%	230%	300%
Prothèses dentaires	70%	310%	380%
Orthodontie acceptée	100%	150%	250%
OPTIQUE			
Monture	60%	Forfait de 60 € valable 2 ans - 60% du TC	Forfait de 60 € valable 2 ans
Verres	60%	1835%	1895%
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale (forfait par bénéficiaire)	60%	Forfait de 300 € valable 2 ans - 60% TC	Forfait de 300 € valable 2 ans
Opération de la Myopie sans autre remboursement d'optique pendant 2 ans	-	230 € par œil	230 € par œil
CURE thermale ou thalassothérapie acceptée	65%	125 €	125 € + 65% TC
MATERNITE / ADOPTION	-	20% du PMSS par enfant	20% du PMSS par enfant
ACTES DE PREVENTION			
Détartrage annuel	70%	230%	300%
Ostéodensitométrie osseuse	- 70%	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum + remboursement régime obligatoire éventuel

(1) Les remboursements accordés sont exprimés, sauf mention contraire, en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Le remboursement total perçu (Sécurité Sociale + BPCE Mutuelle) ne peut excéder la dépense engagée (à l'exception du forfait maternité).

(2) La franchise de 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 € est prise en charge dans son intégralité conformément aux dispositions réglementaires.

(3) Voir au verso, les règles de gestion de BPCE Mutuelle

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale fixé à 3 311 euros au 1er janvier 2018.

EVIN

Régime Général de la Sécurité Sociale

BPCE Mutuelle exclut de sa prise en charge:

- la majoration de ticket modérateur liée au **défaut de choix du médecin traitant** ou à la consultation d'un autre médecin, **sans prescription préalable du médecin traitant,**
- la majoration de ticket modérateur liée au **défaut d'autorisation** du patient de laisser le professionnel de santé accéder à **son dossier médical personnel,**
- **les dépassements d'honoraires** sur les actes cliniques et techniques des médecins pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins,
- la participation **forfaitaire** et **des franchises médicales** définies à l'article L322.2 du code de la Sécurité Sociale. »

EVIN

Régime Local de la Sécurité Sociale

LES COTISATIONS ET LES PRESTATIONS SONT REVISABLES CHAQUE ANNEE

NATURE DES PRESTATIONS (2)	Sécurité Sociale (1)	Mutuelle (1)	Total perçu par l'adhérent (Sécurité Sociale+Mutuelle)
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux ou chirurgicaux Frais de séjour	100%	100%	200%
Frais de chambre particulière <i>(y compris en hospitalisation ambulatoire mais hors maternité simple)</i>	-	40 € / jour	40 € / jour
Forfait hospitalier	18 € / jour	-	18 € / jour
Forfait hospitalier psychiatrique	13,5 € / jour	-	13,5 € / jour
Frais d'accompagnant <i>(enfant de moins de 12 ans)</i>	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels
MEDECINE COURANTE			
<i>Si respect du parcours de soins (3)</i>			
Consultations, Visites	90%	110%	200%
Actes de spécialités	90%	110%	200%
Radiologie <i>(hors ostéodensitométrie osseuse)</i>	90%	110%	200%
Analyses médicales	90%	110%	200%
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	90%	110%	200%
Frais de transport	100%	100%	200%
Frais pharmaceutiques	90%	10%	100%
	80%	20%	100%
	15%	0%	15%
APPAREILLAGE			
Petit appareillage	90%	170%	260%
Grand appareillage	90%	170%	260%
Prothèses Auditives	90%	Forfait annuel de 1000 € pour les 2 oreilles -90% TC	Forfait annuel de 1000 € pour les 2 oreilles
DENTAIRE			
Soins dentaires	90%	210%	300%
Prothèses dentaires	90%	290%	380%
Orthodontie acceptée	100%	150%	250%
OPTIQUE			
Monture	90%	Forfait de 60 € valable 2 ans - 90% du TC	Forfait de 60 € valable 2 ans
Verres	90%	1810%	1900%
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale <i>(forfait par bénéficiaire)</i>	90%	Forfait de 300 € valable 2 ans - 90% TC	Forfait de 300 € valable 2 ans
Opération de la Myopie sans autre remboursement d'optique pendant 2 ans	-	230 € par œil	230 € par œil
CURE thermale ou thalassothérapie acceptée	90%	125 €	125 € + 90% TC
MATERNITE / ADOPTION			
	-	20% du PMSS par enfant	20% du PMSS par enfant
ACTES DE PREVENTION			
Détartrage annuel	90%	210%	300%
Ostéodensitométrie osseuse	- 90%	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum	Examen tous les 2 ans pris en charge à hauteur de 100 € maximum + remboursement régime obligatoire éventuel

(1) Les remboursements accordés sont exprimés, sauf mention contraire, en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Le remboursement total perçu (Sécurité Sociale + BPCE Mutuelle) ne peut excéder la dépense engagée (à l'exception du forfait maternité).

(2) La franchise de 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 € est prise en charge dans son intégralité conformément aux dispositions réglementaires.

(3) Voir au verso, les règles de gestion de BPCE Mutuelle

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale fixé à 3 311 euros au 1er janvier 2018.

BPCE Mutuelle exclut de sa prise en charge:

- la majoration de ticket modérateur liée au **défaut de choix du médecin traitant** ou à la consultation d'un autre médecin, **sans prescription préalable du médecin traitant,**
- la majoration de ticket modérateur liée au **défaut d'autorisation** du patient de laisser le professionnel de santé accéder à **son dossier médical personnel,**
- **les dépassements d'honoraires** sur les actes cliniques et techniques des médecins pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins,
- la participation **forfaitaire** et **des franchises médicales** définies à l'article L322.2 du code de la Sécurité Sociale. »

Mutuelle soumise aux dispositions de Livre II du Code de la mutualité

Règlement mutualiste

Adhésions individuelles – Garanties non responsables

Liste de garanties n°3

ARTICLE 1 – OBJET

En application des Statuts et de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, le présent Règlement définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque participant (ci-après « adhérent ») et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent Règlement peut être modifié par l'Assemblée générale conformément aux dispositions prévues par le Code de la Mutualité et les Statuts de la mutuelle.

ARTICLE 2 – ADHÉSIONS

Toute personne visée à l'article 9 des Statuts de la mutuelle et relevant d'un régime d'Assurance maladie obligatoire français peut adhérer à la mutuelle, pour lui-même et ses ayants droit. Les membres de la famille de l'adhérent, pouvant adhérer à titre individuel à la mutuelle tel que prévu à l'article 9 des Statuts, s'entendent des ayants droit de l'adhérent tels que définis à l'article 3 ainsi que :

- des parents de l'adhérent,
- des enfants majeurs de l'adhérent.

L'adhésion est constatée par la signature du bulletin d'adhésion et prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par les services administratifs de la mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent Règlement et confère la qualité de d'adhérent de la mutuelle. Préalablement à son adhésion, l'adhérent reçoit une copie des Statuts, du Règlement intérieur et du Règlement mutualiste.

Une période de « stage » peut être prévue en fonction de la garantie souscrite. A l'expiration de cette période de « stage », pendant laquelle l'adhérent cotise sans pouvoir bénéficier des prestations, les adhérents et leurs ayants droit peuvent bénéficier des prestations.

La durée de la période de stage varie selon la nature de la prestation et de la garantie choisie, elle figure dans le descriptif de la garantie.

Les adhérents sont dispensés du stage :

- sur production d'un certificat de radiation d'une garantie frais de santé délivré par un autre organisme assureur si l'adhésion se produit dans les trois mois qui suivent la délivrance du certificat,
- en cas de mariage, de concubinage ou de PACS si l'adhésion du conjoint se produit dans les trois mois qui suivent le mariage ou la date de reconnaissance du concubinage ou du PACS,
- en cas de naissance ou d'adoption si l'adhésion se produit dans les trois mois de la naissance ou de l'acte d'adoption.

Les cas particuliers peuvent être examinés par le Bureau du Conseil d'administration lors de sa plus proche réunion. Ses décisions seront sans appel.

L'adhésion produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque premier janvier par tacite reconduction pour une durée d'un an.

ARTICLE 3 – SITUATION FAMILIALE

Pour l'application des dispositions des Statuts et du présent Règlement, les bénéficiaires sont :

- l'adhérent,
- le cas échéant, son conjoint ou concubin ou son partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, jusqu'au 31 décembre suivant leur 25^{ème} anniversaire et sous réserve de respecter une des conditions suivantes :

- être à charge fiscalement de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin,
- recevoir de l'adhérent une pension alimentaire en application d'un jugement de divorce,
- être inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou effectuer son service national,
- exercer une activité ou être inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle Emploi, et percevoir des revenus inférieurs au SMIC.
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire auquel il est lié par un PACS, quel que soit leur âge s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité avec un taux d'incapacité permanente reconnu par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées) MDPH, supérieur ou égal à 80 %.

Le concubin d'un adhérent est assimilé au conjoint sous réserve qu'ils ne soient mariés ni l'un ni l'autre, qu'ils vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent jusqu'à la date de l'événement.

Toute modification de la composition familiale couverte par la garantie doit être demandée par écrit à BPCE Mutuelle accompagnée des justificatifs dans le cas d'un ajout d'ayant droit.

ARTICLE 4 – ADHÉSION AUX UNIONS MUTUALISTES

BPCE Mutuelle verse les cotisations fédératives aux structures jugées nécessaires à son fonctionnement.

Outre les avantages prévus par le présent Règlement, les bénéficiaires peuvent recevoir des prestations servies ou bénéficier des œuvres sociales (cliniques chirurgicales, cabinets dentaires et optiques, pharmacies mutualistes, etc.) mises à leur disposition par les services des Unions ou Fédérations auxquelles la mutuelle est affiliée ou a signé une convention, et dans les conditions fixées par les Statuts ou Règlements desdites Unions ou Fédérations.

ARTICLE 5 – COTISATIONS

L'adhérent s'engage auprès de la mutuelle au paiement d'une cotisation annuelle, pour lui-même et, le cas échéant, ses ayants droit, qui sera affectée à la couverture des prestations garanties par la mutuelle.

A cette cotisation, peuvent s'ajouter, le cas échéant, les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques (Unions, Fédérations...), et dont le montant et les modalités de paiements sont fixés par les Statuts et Règlements de ces organismes.

Le montant des cotisations est déterminé et modifié par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation annuelle exprimée par l'Assemblée générale.

La cotisation est annuelle, payable d'avance avant le 5 janvier de l'année à BPCE Mutuelle.

Toutefois, il est possible de fractionner le paiement en douze versements (mensuels).

Dans le cas de fractionnement, un seul moyen de paiement est accepté : le prélèvement automatique sur compte. Pour ce faire, lors de la première demande, l'adhérent devra fournir impérativement un relevé d'identité bancaire ou postal et un mandat SEPA complété et signé.

En cas de non-paiement de la cotisation aux dates prévues, des pénalités de retard de 10 % par mois s'ajoutent aux montants dus.

ARTICLE 6 – PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations, sous peine de se voir appliquer les dispositions de suspension et de résiliation prévues par les Statuts et le présent Règlement.

Les prestations dues par BPCE Mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de maladie, accident ou maternité, postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et pendant la durée de cette adhésion.

Elles sont calculées conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et de la classification commune des actes médicaux et sur la base du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le remboursement des frais de soins par la mutuelle présente un caractère indemnitaire.

Le montant des remboursements ne peut en aucun cas excéder le montant de la dépense réellement effectuée par le bénéficiaire des prestations compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, une mutuelle ou un organisme de prévoyance de toute nature, ou éventuellement un tiers responsable.

Lorsque des soins sont effectués à l'étranger, BPCE Mutuelle peut intervenir sous réserve que ces soins soient pris en charge par la Sécurité sociale française.

Les prestations versées sont alors calculées sur la base « reconstituée » des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale française, en vigueur à la date de soins.

Les remboursements sont effectués sous déduction des prestations servies par la Sécurité sociale, et des éventuels remboursements effectués par une mutuelle ou un organisme de prévoyance de toute nature.

6.1. DÉTERMINATION DES PRESTATIONS

Ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un chirurgien, un praticien ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le Régime Obligatoire de la Sécurité sociale.

Les prestations accordées par la mutuelle varient selon la garantie souscrite. Les prestations proposées par la mutuelle aux adhérents sont déterminées et modifiées par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation annuelle exprimée par l'Assemblée générale.

Elles sont annexées au présent Règlement mutualiste, et figurent dans la fiche d'information délivrée par la mutuelle préalablement à l'adhésion ou sur simple demande de l'adhérent afin qu'il soit tenu informé des prestations offertes et de leur montant. La mutuelle avise les adhérents de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu.

6.2. ÉTENDUE DE LA PRISE EN CHARGE

Ne sont pas pris en charge :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisation commencés ou prescrits avant la date d'adhésion ou de modification de garantie,
- les soins, actes médicaux ou hospitalisation débutants ou prescrits pendant la période de stage,
- les frais d'hospitalisation à caractère personnel, tels que journaux, télévision, téléphone, suppléments hôteliers, services et prestations diverses,
- les interventions dites esthétiques non prises en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale,
- les cures d'amaigrissement ou de rajeunissement non prises en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale,
- le placement en maison de retraite, le séjour en établissement thermal, sauf en cas de cure médicalement justifiée.

6.3. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES PRESTATIONS

6.3.1. INDEMNITÉS FORFAITAIRES

Lorsque les indemnités forfaitaires sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, il s'agit du plafond mensuel en vigueur au 1^{er} janvier d'un exercice d'assurance.

6.3.2. HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITÉ)

Lorsqu'une hospitalisation est prise en charge, la mutuelle rembourse les frais prévus par la garantie, et notamment le forfait journalier hospitalier dont le montant est indiqué dans la fiche d'information de la garantie remise à l'adhérent.

Lorsque la garantie le prévoit, la mutuelle prend en charge le paiement du ticket modérateur.

Les frais de chambre particulière sont pris en charge sur la base des garanties contractuelles et dans la limite des frais réels.

Les dépassements d'honoraires sont remboursés, dans la limite prévue par la garantie, sur présentation de l'original de la facture détaillée et acquittée de la clinique ou de l'avis des sommes à payer et reçus de paiement s'il s'agit d'un centre hospitalier.

L'hospitalisation en centre de rééducation fonctionnelle est prise en charge, ainsi que les séjours en maison de santé médicale pour personnes âgées, centre de rééducation psychothérapique, centre d'action médico-social précoce, institut médico-éducatif, institut médico-pédagogique, Hélio Marin Aérium, préventorium, sanatorium dès lors qu'ils font l'objet d'une prise en charge par le régime de Sécurité sociale.

Selon la garantie souscrite, l'opération de la myopie peut être prise en charge sur la base d'un forfait limité à une opération par œil. Dans ce cas, aucun frais d'optique supplémentaire (monture, verres ou lentilles) ne pourra être pris en charge pendant deux ans (de date à date) à compter de la première opération.

6.3.3. FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit et dans les limites fixées par celle-ci, les frais d'accompagnant concernent les frais hôteliers dans le cadre d'un établissement hospitalier (coût du lit en hôpital et des repas pris dans l'enceinte de l'établissement) et se rapportent à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé ayant droit de l'adhérent et dont la limite d'âge est fixée par la garantie.

6.3.4. PROTHÈSES DENTAIRES, AUDITIVES ET ORTHODONTIE

Lorsque la garantie le prévoit, les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'appareillage auditif sont pris en charge dans les conditions fixées par cette dernière.

6.3.5. OPTIQUE

Les frais d'optique sont pris en charge par la mutuelle conformément à la garantie de l'adhérent.

Lorsque la garantie ne distingue pas la prise en charge de la monture, de celle des verres et/ou des lentilles, le forfait indiqué dans la grille de garantie est un forfait global qui concerne l'ensemble des prestations au titre de la période indiquée.

La garantie peut prévoir que le forfait optique est un forfait annuel ou bisannuel :

- Lorsque le forfait est annuel, il est reconstitué tous les ans au 1^{er} janvier. Si le forfait n'a été utilisé que partiellement lors de la dernière acquisition, et qu'une nouvelle acquisition intervient avant l'expiration du délai d'un an, la prise en charge est limitée au forfait, déduction faite du(des) dernier(s) remboursement(s) ;
- Lorsque le forfait est bisannuel, le forfait est totalement reconstitué tous les deux ans au 1^{er} janvier. Les deux ans sont appréciés en années civiles à compter de l'année du 1^{er} achat de monture, de verres ou de lentilles. Si le forfait n'a été utilisé que partiellement lors de la dernière acquisition, et qu'une nouvelle acquisition est nécessaire avant l'expiration du délai de deux ans, la prise en charge sera limitée au forfait, déduction faite du (des) dernier(s) remboursement(s).

Lorsque la garantie le prévoit, les lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées sur présentation de la facture acquittée de l'opticien et de la copie de l'ordonnance.

6.3.6. CURES THERMALES ET THALASSOTHÉRAPIE

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les frais de cure thermique, soumise à une demande d'entente préalable auprès de la CPAM, ouvrent droit, s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale, à une indemnité forfaitaire fixée aux conditions particulières. Cette prestation vient s'ajouter à la part réglée par la Sécurité sociale.

Concernant la thalassothérapie, le même forfait est versé s'il y a intervention de la Sécurité sociale.

Le versement des indemnités forfaitaires est exclusif de tout autre remboursement pour les frais liés à la cure et exposés durant celle-ci.

6.3.7. PROFESSIONNEL DE SANTÉ NON CONVENTIONNÉ

Les soins médicaux chez un professionnel de santé non conventionné sont remboursés par rapport au tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

6.3.8 PRESTATION EN INCLUSION

Lorsque la mutuelle propose aux adhérents une garantie dont le risque est porté par un autre organisme d'assurance, elle doit en informer les adhérents.

L'adhésion à cette garantie est obligatoire pour les adhérents de BPCE Mutuelle, qui devront verser la part de cotisation afférente.

Lorsqu'une prestation en inclusion est proposée aux adhérents de BPCE Mutuelle, elle figure dans les conditions particulières.

6.4. ACCIDENTS

Pour les soins et les interventions consécutifs à un accident provoqué par un tiers responsable, la garantie de la mutuelle intervient selon les modalités suivantes :

- L'adhérent doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle dans les 15 jours suivant l'accident, une déclaration sur l'honneur indiquant :
 - les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit,
 - le nom des témoins,
 - éventuellement les noms et adresses du ou des tiers responsables et des compagnies d'assurance qui garantissent la responsabilité de ces tiers,
 - l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

– La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir.

L'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de ses intentions, et ce, à peine de déchéance.

L'adhérent doit, de même, informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

6.5. VERSEMENTS DES PRESTATIONS

6.5.1. DEMANDE DE VERSEMENT

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'adhérent qui présente à l'appui de sa demande les justificatifs nécessaires.

La date de prise en compte pour le versement des prestations est la date des soins et non la date d'émission du décompte de la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à BPCE Mutuelle dans les vingt-quatre mois suivant la date de soins, de notification de refus de règlement de la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité sociale ou, le cas échéant, le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,
- l'original du décompte et du règlement fait par un autre organisme.

Les adhérents sont tenus de produire les pièces justificatives (notes d'honoraires, factures notamment) afférentes aux dépenses engagées pour toute prestation de la mutuelle spécifique ou supérieure au ticket modérateur. BPCE Mutuelle se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

Les adhérents peuvent être dispensés de produire certaines pièces justificatives dans le cadre de la mise en œuvre de procédés d'échanges de données conventionnellement acceptés par la mutuelle.

La mutuelle n'est tenue au paiement de ses prestations qu'à l'adhérent.

6.5.2. MODALITÉS DE VERSEMENTS

Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont versées par BPCE Mutuelle directement à l'adhérent.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le paiement des prestations n'est effectué que sur le compte de l'adhérent sauf cas particuliers tels que procédure de divorce, mise sous tutelle ou curatelle, et sous réserve d'accord écrit de ce dernier.

Les prestations sont réglées par la mutuelle dans la limite des montants garantis :

- soit directement à l'adhérent par virement sur son compte bancaire,
- soit directement aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base des conventions de tiers payants conclues à cet effet avec la mutuelle.

L'adhérent règle directement aux professionnels de santé et établissements de soins les sommes qui leurs sont dues, en dehors :

- des dispenses d'avance de frais et conventions passées entre la mutuelle et des professionnels de santé ou établissements de soins,
- des nouveaux systèmes de paiements conventionnellement acceptés par la mutuelle.

6.6. PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'engage à informer la mutuelle dans les plus brefs délais si des prestations étaient indûment versées et à procéder à leur remboursement. La mutuelle, par ses propres contrôles peut constater que des prestations ont été indûment versées. Un courrier est alors envoyé à l'adhérent pour demander le remboursement de l'indu. A défaut du reversement de l'indu, la mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

6.7. GARANTIE OBSÈQUES

Lorsque la garantie souscrite par l'adhérent a pour objet le versement d'une allocation en cas de décès d'une personne couverte, BPCE Mutuelle verse alors le capital correspondant, dans les conditions prévues par la garantie.

Toutefois, cette garantie Obsèques peut également constituer une prestation en tant que telle, selon la garantie souscrite.

Le montant de l'allocation est déterminé chaque année par le Conseil d'administration de BPCE Mutuelle. A défaut, il est reporté pour l'année suivante.

Le montant de cette allocation est déterminé par la grille de garantie.

L'allocation est versée aux bénéficiaires, par BPCE Mutuelle, sous réserve de production des justificatifs demandés.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, aucune allocation Obsèques ne sera versée, conformément aux dispositions de l'article L.223-5 du code de la mutualité.

ARTICLE 7 – CONTRÔLE

BPCE Mutuelle se réserve la faculté de faire examiner l'adhérent et/ou ses ayants droit par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties.

ARTICLE 8 – SUBROGATION

En cas de paiement de prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des adhérents ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 9 – SUSPENSION ET RÉALISATION DES GARANTIES EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la mutuelle adresse à l'adhérent une mise en demeure de payer.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

– Faute de paiement dans les trente jours qui suivent la mise en demeure, la mutuelle suspend la garantie.

Au cas où la cotisation aurait 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.

– En cas de paiement dans le délai de trente jours, la garantie reprend effet pour l'avenir à midi le lendemain du jour où a été payée la 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.

En cas de non-paiement dans le délai de trente jours, la mutuelle peut résilier la garantie dix jours après l'expiration de ce délai. La cotisation annuelle restant due, la mutuelle procédera au recouvrement de l'intégralité des cotisations majorées des frais de recouvrement par tout moyen à sa convenance.

ARTICLE 10 – FIN DE L'ADHÉSION

10.1. DÉMISSION

L'adhésion étant annuelle aucune radiation ne peut intervenir en cours d'année.

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec avis de réception adressée aux services administratifs de la mutuelle :

- soit au plus tard le 31 octobre pour une prise en compte au 1^{er} janvier suivant. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date,
- soit dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi des avis d'échéance annuel de cotisation pour prendre effet au 31 décembre de la même année.

Sur demande, il sera adressé un certificat de radiation, excepté si l'adhérent n'est pas à jour de ses cotisations.

10.2. RÉSILIATION EN RAISON DE LA SURVENANCE D'UN FAIT PRÉCIS

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou 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.

Par ailleurs l'adhérent peut également mettre fin à son adhésion dans les cas suivants :

- départ à l'étranger,
- attribution de la CMU-complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé,
- bénéfice d'une couverture à adhésion obligatoire.

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des documents justifiant du changement de situation.

La mutuelle rembourse à l'adhérent 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.

ARTICLE 11 – ACTION SOCIALE

Des secours exceptionnels, pris sur un budget annuel voté par le Conseil d'administration, peuvent être accordés aux adhérents qui rencontrent des

situations particulièrement douloureuses d'ordre social ou financier liées à des problèmes de santé, et qui auront expressément saisi la mutuelle. Ils sont accordés par la Commission d'action sociale prévue à l'article 2 du Règlement intérieur.

Il est demandé à l'adhérent de remplir une fiche d'information sur laquelle apparaîtront ses ressources pour l'année N-1, ses garanties souscrites auprès de la mutuelle, et le cadre de sa demande.

Les secours exceptionnels peuvent revêtir deux formes :

– un don,

– et/ou un prêt sur l'honneur dont le montant et la durée sont fixés par la Commission sans pouvoir excéder 5 000 euros sur une durée de 60 mois. Il n'est pas décompté d'intérêts, ni de frais.

Les décisions de la Commission d'action sociale sont discrétionnaires et insusceptibles de recours. Elle avise chaque demandeur d'un recours de la décision qui a été prise.

ARTICLE 12 – INFORMATION DES ADHÉRENTS

BPCE Mutuelle édite une publication dénommée « LA REVUE » dont elle est propriétaire du titre.

Tout adhérent de la mutuelle reçoit ce bulletin d'information dont le montant de l'abonnement est inclus dans la cotisation annuelle.

Toutes modifications des Statuts, du Règlement mutualiste ou du Règlement intérieur, sont publiées dans la Revue.

Cette publication emporte notification à l'adhérent des modifications apportées.

ARTICLE 13 – CARTE MUTUALISTE

Cette carte atteste des droits de l'adhérent en matière de tiers payant. Elle est adressée à chaque nouvel adhérent lors de son adhésion.

Cette carte est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées.

Dans le cas contraire, la mutuelle pourra interrompre la prise en charge des dépenses de santé de l'adhérent et de ses ayants droit et exiger le remboursement des sommes dues et ce, conformément à l'article 9 du présent Règlement.

En cas de non-paiement, radiation, changement d'état civil, d'adresse, de situation familiale, la carte mutualiste doit être immédiatement retournée à la mutuelle pour annulation ou rectification.

L'adhérent s'engage à signaler à la mutuelle, dans le mois qui suit sa survenance, toute modification intervenant dans sa situation, adresse, affiliation, état civil, etc.

ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

Les actions dérivant des opérations énoncées au présent Règlement se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Ainsi, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent, ainsi que pour les actions dérivant des opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'inter-

ruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 à 2246 du Code civil : reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait, demande en justice (même en référé), mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après (causes spécifiques aux opérations d'assurance) : désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, l'adhérent ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 15 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Des renseignements concernant les membres honoraires ou participants et leurs ayants droit figurent pour certains d'entre eux dans les fichiers informatiques à l'usage de BPCE Mutuelle. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, tout intéressé peut en obtenir communication et rectification en adressant une demande écrite à BPCE mutuelle – 7, rue Léon Patoux – CS 51032 – 51686 Reims CEDEX 2.

ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

BPCE Mutuelle est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Elle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 61 rue Taitbout – 75436 Paris CEDEX 09.

ARTICLE 17 – RÉCLAMATIONS

Les réclamations concernant l'interprétation du présent Règlement doivent être formulées par lettre recommandée adressée à : BPCE Mutuelle – 7, rue Léon Patoux – CS 51032 – 51686 Reims CEDEX 2.

ARTICLE 18 – MÉDIATION

Après avoir vainement tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite adressée à BPCE Mutuelle, et en cas de désaccord persistant sur la réponse donnée par les Services de BPCE Mutuelle à la suite de la réclamation d'un adhérent ou d'un ayant droit, ces derniers peuvent saisir le médiateur de la FNMF en écrivant :

- par courrier au : Médiateur de la FNMF – Service Médiation – 255, rue de Vaugirard – 75719 Paris CEDEX 15,
- ou par mail à : mediation@mutualite.fr

La demande de médiation doit être adressée dans un délai qui ne peut pas être supérieur à 1 an à compter de la date de la réclamation écrite adressée aux services de BPCE Mutuelle.

La demande de médiation ne pourra pas être examinée par le Médiateur si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou en cours d'examen par un autre médiateur, ou par un tribunal, ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence.

Dans ce cas, l'adhérent, ou l'ayant droit, sera informé par le Médiateur, dans un délai de 3 semaines, à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation.

Durant la procédure de médiation, l'adhérent ou l'ayant droit, a la possibilité de se faire représenter, à sa charge, par un avocat ou de se faire assister par toute personne de son choix, et ce, à tous les stades de la procédure. L'adhérent ou l'ayant droit a par ailleurs la possibilité de solliciter l'avis d'un expert, dont les frais seront à sa charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais seront partagés entre les parties.

La procédure de médiation suspend la prescription, à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation, ou à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation.

La prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à 6 mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties, soit les deux, soit le médiateur déclare que la médiation est terminée.



7, rue Léon Patoux - CS 51032 - 51686 REIMS CEDEX 2 - Tél. 03 26 77 66 00 - Internet : www.bpcemutuelle.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au RNM et au SIREN sous le n°776 466 963

