

REGLEMENT MUTUALISTE – 2021

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Solimut Mutuelle Personnels Organismes Sociaux (ci-après « la Mutuelle »), ayant son siège social au 134 avenue de Toulon, 13006 Marseille, est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 431.282.581.

La mutuelle 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 le siège social est situé : « Le Castel », 7 Quai de la Joliette, 13002 MARSEILLE.

A ce titre, Solimut Mutuelle de France, mutuelle substituante, donne à la Mutuelle SOMUPOS, mutuelle substituée, sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE 2 - OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements réciproques entre la Mutuelle et ses membres participants tels que définis dans ses statuts, en ce qui concerne le régime des prestations et des cotisations et résultant d'une adhésion individuelle.

Les engagements entre la Mutuelle et les adhérents dans le cadre des opérations collectives 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

Le règlement peut être modifié dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

Les garanties proposées par la Mutuelle sont soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

ARTICLE 3 – DEFINITION

Dans le présent règlement mutualiste, on entend par :

Adhérent : le membre participant qui adhère à la Mutuelle 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 Mutuelle en raison de ses liens avec un adhérent.

Assurance Maladie Obligatoire :

Régimes obligatoires français et monégasque 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.

Base de remboursement : tarif de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

Tarif de convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

Tarif de responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres matériels médicaux.

Délai d'attente : 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'auxiliaires médicaux, les frais d'optique : montures, verres et lentilles, les frais de soins et de prothèses dentaires, les frais d'appareillage (audioprothèse, fauteuil roulant ...).

Garantie en inclusion : L'adhérent et ses ayants droits bénéficient de garanties autres que les garanties santé qui sont assurées par un autre organisme que la Mutuelle, conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

Parcours de soins : circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursés normalement, sans diminution du montant de leur remboursement. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgé de plus de 16 ans.

Le patient doit consulter en premier lieu son médecin traitant (déclaré comme tel auprès de l'assurance maladie obligatoire) pour être inscrit dans le parcours de soins coordonnés.

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.

CHAPITRE 2 – ADHESION

ARTICLE 4 - RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et 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 Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle pour une année civile par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Chatel, reprise dans l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité, dans les conditions de la résiliation infra annuelle, reprise dans l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, et de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle 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.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

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.

Les garanties sont acquises immédiatement pour l'ensemble des risques (pour les soins ou séries de soins, dont le début, la prescription et l'événement sont postérieurs à l'adhésion).

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 Mutuelle l'information dans les trois mois suivant la naissance. A défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant nouveau-né à la Mutuelle.

En cas d'adoption d'un enfant, l'adhésion de cet 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 Mutuelle l'information dans les trois premiers mois suivant l'adoption. A défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant adopté à la Mutuelle.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE, DELAIS D'ATTENTE

7.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est ouvert à partir de la date d'effet de l'adhésion.

7.2. CHANGEMENT DE GARANTIE

Les changements de garanties, résultant d'un changement d'option ou d'une extension des garanties au profit de nouveaux bénéficiaires sont acquis dans les mêmes conditions. Tout changement d'option prend effet au début du mois suivant la demande.

L'adhésion aux options Rubis ou Diamant, est souscrite obligatoirement pour une durée de deux ans minimum, sans possibilité de souscrire à une garantie inférieure.

Ceci ne fait pas obstacle à la faculté de l'adhérent de mettre fin à son adhésion conformément à l'article 9.1. de ce règlement.

En cas de changement de garantie, l'adhérent bénéficie des dispositions de sa garantie antérieure jusqu'à la date d'effet de la nouvelle garantie.

Le changement de garantie prend effet le 1er jour du mois qui suit la signature de l'avenant.

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.

7.3. COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Dans le cadre de la Complémentaire Santé Solidaire, les conditions d'adhésion sont définies par la réglementation.

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 est tenu judiciairement de verser une participation alimentaire.
- tout autre membre de la famille de l'adhérent ou de son conjoint à leur charge.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20ème anniversaire,

- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, qui poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité,
- 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,
- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire, qui est demandeur d'emploi non indemnisé dès la fin de sa scolarité et qui est inscrit à Pôle emploi sur présentation de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
- 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

La demande par l'adhérent de la résiliation de l'adhésion ou de la radiation de l'ayant droit s'effectue par lettre, tout au support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation doit être formulée avant le 31 Octobre de l'année en cours et prendra effet au 1er janvier de l'année suivant la demande.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, la résiliation peut être formulée à tout moment et prendra effet un mois après réception de la demande. (Cette disposition ne s'applique pas aux contrats de sortie CSS).

La radiation de l'adhérent concerne l'ensemble des ayants droits affiliés au présent au règlement mutualiste.

Seul l'adhérent peut demander la radiation des ayants droits en tant que souscripteur de la couverture. Ainsi la demande de radiation émanant d'un ayant droit sera nul effet. Cependant la résiliation peut également émaner du futur organisme assureur de l'adhérent. Toutefois, pour être redevable cette demande devra être accompagnée du mandat attestant que l'adhérent a effectivement mandaté ledit organisme afin d'effectuer la demande de résiliation et respecter les mêmes conditions que les demandes émanant directement de l'adhérent.

9.2. RESILIATION DU CONTRAT A TITRE EXCEPTIONNEL

A titre exceptionnel, il peut être mis fin à son adhésion en cours d'année, pour les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

Motifs de la demande de résiliation :

- Perte du régime d'assurance maladie obligatoire par l'adhérent,

Date d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

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 dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Attribution de la CSS à l'adhérent

Date d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la CSS, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

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 dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- Décès de l'adhérent

Date de prise d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

La Mutuelle rembourse aux héritiers de l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

9.3. RADIATION A TITRE EXCEPTIONNEL D'UN AYANT DROIT

A titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut demander sa radiation en cours d'année pour les cas mentionnés ci-dessous :

Motifs de la demande de radiation :

- Perte du régime d'assurance maladie obligatoire par l'adhérent,

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent l'évènement, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Attribution de la CSS à l'ayant droit.

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet à la date d'ouverture des droits à la CSS, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Décès de l'ayant droit

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

- Divorce ou séparation

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande sur justificatif.

CHAPITRE 3 – COTISATIONS

ARTICLE 10 - DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.110-1 du Code de la mutualité, le bénéfice des garanties et des services proposés par la Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle déterminée selon les critères du Code de la Mutualité notamment :

- la garantie choisie
- l'âge de chacun des bénéficiaires
- la composition familiale
- le régime de Sécurité Sociale d'affiliation
- 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 et contributions légales (TSCA, Taxe CMU,....) en vigueur, susceptibles d'évoluer en cours d'année en fonction des décisions réglementaires.

ARTICLE 11 – AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE -COMPLEMENTAIRE SANTE CONTRIBUTIVE

11.1. – 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. L'adhérent adresse à la Mutuelle l'attestation justificative pour lui et/ou ses ayants droit afin de pouvoir bénéficier de cette déduction de cotisation.

11.2. – COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Depuis le 1^{er} novembre 2019, et conformément aux articles L.861-1 à L.861-10 du code de la sécurité sociale, la Complémentaire Santé Solidaire remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). C'est une complémentaire santé sans participation financière si vos revenus sont inférieurs aux seuils de ressources de la CMU-C. Elle est destinée aux personnes qui ont de faibles ressources. Elle ouvre aux anciens bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) les mêmes droits, avec une participation financière qui varie selon l'âge des bénéficiaires.

La complémentaire santé solidaire **sans participation financière** est accordée par la Sécurité sociale après étude de votre demande, pour 1 an à compter de la date figurant sur l'attestation de droit.

La complémentaire santé solidaire **avec participation financière** est valable 1 an. La durée de validité démarre le 1^{er} jour du mois qui suit l'envoi des éléments nécessaires au paiement de la participation demandée par votre organisme gestionnaire après acceptation par la Sécurité sociale de votre demande. Vous disposez de 3 mois pour envoyer ces documents.

La complémentaire santé solidaire (sans ou avec participation financière) doit être renouvelée chaque année. Le renouvellement doit être demandé entre 4 et 2 mois avant la date d'échéance figurant sur l'attestation. La demande de renouvellement se fait dans les mêmes formes que la 1^{re} demande et il faut joindre toutes les pièces justificatives.

ARTICLE 12 - 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 13 - PAIEMENT DES COTISATIONS

13.1. MODALITES DE REGLEMENTS

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie. Elle 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 bancaire, chèque ou mandat ou espèces. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre.

13.2. INCIDENT DE PAIEMENT

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

- Les frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure)

Les frais occasionnés en cas de rejet de prélèvement bancaire.

13.3. DEFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle 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 Mutuelle 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 mutuelle 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.

13.4. REINTEGRATION SUITE A DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

- adresser une demande de réintégration à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 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 14 - REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

En cas de résiliation à titre exceptionnel, la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée.

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 mutuelle.

CHAPITRE 4 - PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 15 - DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

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 Mutuelle sont versées en complément ou en supplément de l'assurance maladie obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire 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 Mutuelle peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle 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.

En aucun cas, la modification du taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne pourra avoir pour effet de majorer automatiquement les remboursements de la mutuelle.

ARTICLE 16 - LIMITE DE REMBOURSEMENT

Dans tous les cas, les prestations sont limitées aux frais réels restant à la charge de l'adhérent après intervention de l'assurance maladie obligatoire et le cas échéant d'un autre organisme complémentaire.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la double limite des frais réels engagés et de chaque garantie.

ARTICLE 17 - REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS

17.1. 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 Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie 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.

17.2. TIERS PAYANT

Les prestations garanties par la Mutuelle 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 mutuelle 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 à toute autre personne agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle. 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.

17.3. RECOURS A LA TELETRANSMISSION

Sauf refus de l'adhérent, les remboursements de la Mutuelle 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 « Noemie ».

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

A défaut d'application du procédé Noemie, 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 :

- l'original voire scanné de la facture nominative portant la mention « acquittée », le cachet et la signature du professionnel de santé,
- la prescription médicale
- l'original voire scanné du décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

ARTICLE 18 - PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle dans les plus brefs délais en cas de prestations indûment versées et à procéder à leur remboursement.

La Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée par toute voie de droit.

ARTICLE 19 - CONTRATS RESPONSABLES - OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE ET D'INFORMATION

Pour les contrats dits « responsables », la mutuelle respecte l'ensemble des obligations de prise en charge définies par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale modifié par la loi du 8 août 2014 de financement rectificative de la Sécurité Sociale pour 2014 ainsi qu'aux articles R. 871-1 et R. 871-2 modifiés par le décret du 18 novembre 2014.

Ainsi, les obligations de prise en charge minimale et maximale définies par les textes en vigueur sont précisées au sein du tableau des prestations.

En tout état de cause, dans les conditions imposées à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, la mutuelle couvre les dépenses liées à :

- L'intégralité du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, sauf précision contraire dans le tableau de prestations.
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier, facturé par les établissements de santé, sans limitation de durée.

En outre, la mutuelle communiquera le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités prévues par l'arrêté du 7 avril 2012.

ARTICLE 20 - CONTRATS RESPONSABLES - EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE

Pour les garanties dites « responsables », la mutuelle ne couvre jamais les dépenses liées :

- à la participation forfaitaire des assurés sociaux instituée par l'article L. 322-2 II du code de la sécurité sociale,
- aux majorations du ticket modérateur applicable à l'assuré et résultant des articles L. 162-5-3 (assuré social qui n'a pas choisi de médecin traitant ou qui consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant) et L. 1111-15 du code de la santé (assuré social qui n'a pas accordé l'autorisation au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter),
- à la franchise annuelle prévue par l'article L. 322-2 III du code de la sécurité sociale,
- aux dépassements d'honoraires autorisés que peuvent pratiquer les médecins en application de l'article L. 162-5 18° du code de la sécurité sociale (consultation de certains spécialistes sans prescription préalable du médecin traitant),
- à tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

ARTICLE 21 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES

21.1. 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.

21.2. 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.

21.3. FORFAIT JOURNALIER

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

21.4. 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 bénéficier de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la Mutuelle au titre du « forfait cure thermique » sous réserve d'un accord spécifique entre la Mutuelle et l'établissement thermal concerné.

21.5. 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).

21.6. 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 mutuelle.

Article 21.7 Cessation des garanties

La garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation de l'adhésion, ou de radiation des ayants droits. La carte mutuelle doit être remise à la Mutuelle, et en tout état de cause ne plus être utilisée par son ancien titulaire.

Résiliation de l'adhérent ou radiation d'un ayant-droit :

En cas de résiliation de l'adhérent, ou d'une radiation d'un ayant-droit les garanties cessent:

- Au 31 Décembre de l'année en cours de laquelle la radiation est demandée par l'envoi d'une lettre, de tout autre support durable ou moyen prévu de l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 Octobre.

- Un mois après réception par la Mutuelle de la demande de radiation, formulée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande de radiation soit formulée après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de la prise d'effet de l'adhésion.

- Au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle a reçu la demande de l'adhérent en cas de résiliation anticipée prévue à l'article « Résiliation du contrat à titre exceptionnel ».

CHAPITRE 5 - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification des informations la concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la mutuelle à l'adresse suivante : Solimut Mutuelle Personnels Organismes Sociaux, 134 avenue de Toulon, 13006 Marseille.

ARTICLE 23 : RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de contestation relative aux contrats souscrits, l'adhérent peut soumettre sa réclamation par écrit à son conseiller habituel à l'adresse suivante : Solimut Mutuelle Personnels Organismes Sociaux, 134 avenue de Toulon, 13006 Marseille.

Si toutefois, après son intervention, la réclamation ou le litige n'était pas réglé, l'adhérent a la possibilité de s'adresser au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française sise 255, rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15, <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisie du Médiateur interrompt la prescription. Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai de 3 mois.

ARTICLE 24 : SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 25 : PRESCRIPTION

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.

Toutefois, ce délai ne court, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, qu'à compter du jour où la mutuelle en a eu connaissance. En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription peut donner lieu à interruption conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité.

ARTICLE 26 : DROIT D'ACCES AU RESEAU SANTE D'OXANCE

La mutuelle a mis en place une prestation, à titre facultatif, destinée à maintenir l'accès aux centres de santé du réseau mutualiste d'OXANCE, aux mêmes conditions de tiers payant, et ce, depuis le 1^{er} janvier 2009. Le montant de cette prestation est fixé à 13 euros par an.

ARTICLE 27 : 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).

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX-FINANCEMENT DU TERRORISME :

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaire pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du

terrorisme (dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L.561-1 du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application)

ARTICLE 28 : AUTORITE DE CONTROLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 4 Place de Budapest CS 92549, 75436 Paris 09

ARTICLE 29 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au présent règlement est la loi française.

ARTICLE 30 : Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée 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 : 1) 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 2) 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 à dpo.somupos@solimut.fr. 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 ayant 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).

Chapitre 6 - Contrat de Sortie Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Le présent chapitre s'applique aux contrats de sortie du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire prévus à l'article L.861-12 du Code de la Sécurité Sociale. Ces dispositions s'appliquent par priorité aux dispositions des chapitres 1 à 5 du présent règlement mutualiste. (A défaut de dispositions spécifiques prévues au présent chapitre, les dispositions des chapitres 1 à 5 s'appliquent).

Article 31 : Population assurée au titre du contrat de sortie

Sont assurés au titre du contrat de sortie, les adhérents dont les droits à la CSS ne sont pas renouvelés, ayant signé un bulletin d'adhésion, et étant affiliés à l'Assurance Maladie telle que définie à l'article 3. Peuvent également bénéficier de la garantie les ayants droits de l'adhérent dès lors qu'ils remplissent les conditions fixées par l'article R 861-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article 32 : Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat de sortie

Article 32.1. Prise d'effet du contrat de sortie, durée et renouvellement

L'adhésion prend effet le 1er jour qui suit la cessation des droits à la CSS. La date d'adhésion des ayants droits est déterminée selon la même règle. En tout état de cause, la prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à la réception de l'intégralité de pièces nécessaires à l'adhésion.

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

Le contrat de sortie est souscrit pour une période d'un an. La couverture ne peut être renouvelée. L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la mutuelle de toute modification concernant son régime obligatoire ou sa situation familiale.

Article 32.2. Résiliation de l'adhésion au contrat de sortie

En complément des dispositions prévues par l'article 9 du présent règlement mutualiste, la résiliation peut également être demandée par l'adhérent s'il adhère à un contrat collectif obligatoire de frais de santé.

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu sous réserve que la demande ait été reçue dans les 3 mois qui suivent l'évènement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 33 : Montant des cotisations du contrat de sortie

Le montant des cotisations est établi conformément à la réglementation en vigueur fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire santé arrive à expiration.

Le montant des cotisations peut donc évoluer au cours de l'adhésion conformément à la réglementation. Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

Article 34 - Cessation des garanties prévues au contrat de sortie

Les garanties cessent lorsque les droits au bénéfice du contrat de sortie du dispositif de CSS cessent conformément à l'article L861-12 du Code la Sécurité Sociale. La carte mutualiste doit être remise à la mutuelle, en tout état de cause ne plus être utilisée par son ancien titulaire.



Certifié Conforme,

Le Président,
Eric CAPDEVILLE

LEXIQUE

Assurance Maladie Obligatoire :

Régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

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

BRSS : Base de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale et du présent régime complémentaire.

Contrat d'accès aux soins : Le contrat d'accès aux soins (CAS) créé par l'avenant n°8 du 25 octobre 2012 à la convention médicale, entre la Sécurité sociale, les syndicats de médecins libéraux et l'organisme représentant les complémentaires santé, vise à limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur à honoraires libres (secteur 2).

En signant le contrat d'accès aux soins, les médecins de secteur 2 s'engagent à limiter leurs dépassements pendant 3 ans, en contrepartie de nouvelles formes de rémunérations.

Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas adhéré au CAS est plafonnée dans les conditions déterminées au tableau de garanties, conformément à la nouvelle réglementation applicable aux contrats responsables issue du décret du 18 novembre 2014.

Dépassement d'honoraires : Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient, au moins par l'affichage de ses tarifs en salle d'attente.

Forfait de 18 euros : Participation forfaitaire de 18 euros à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait 20 euros (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Franchise : Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

Son montant est de :

- ✓ 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- ✓ 0,50 euro par acte paramédical ;
- ✓ 2 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros par an sur l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes pendant toute la durée de la grossesse.

Hospitalisation : Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet un traitement médical ou chirurgical.

Médecin traitant : Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande

majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste. Le choix du médecin traitant doit avoir été déclaré à l'organisme d'Assurance maladie.

Médecin correspondant : Généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

- ✓ Avis ponctuel : avis « d'expert » qui ne prescrit pas de traitement (une visite au maximum tous les six mois).
- ✓ Suivi régulier : prend en charge le traitement du patient jusqu'à guérison de la pathologie spécifique pour laquelle le patient lui a été adressé par le médecin traitant.

Médecin conventionné Secteur 1 : un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » et il applique un tarif fixe (exemple : 23 euros chez le généraliste). Un spécialiste en secteur 1 peut toutefois pratiquer des majorations tarifaires hors parcours de soins.

Médecin conventionné Secteur 2 : Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné honoraires libres » et fixe lui-même ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base du secteur 1.

Médecin non conventionné : Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité spécifique, le Tarif d'Autorité (TA).

Membre participant : La (ou les) personne(e) physique(s) adhérente(s) à la mutuelle et bénéficiant des prestations.

Nomenclature : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Parcours coordonné : Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant pour tout problème de santé. C'est lui qui conseille à son patient d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital.

PMSS : Le plafond mensuel de la Sécurité sociale correspond au salaire de référence fixé chaque année par la Sécurité sociale. Il est revalorisé chaque année et peut être consulté sur le portail de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr.

Reste à charge : Part de la dépense du patient qui n'est pas prise en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.

Spécialistes en accès direct : Il n'est pas obligatoire de passer par son médecin traitant pour consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou encore un psychiatre (de 16 à 25 ans pour la psychiatrie). Les dentistes sont aussi en accès direct, car ils ne sont pas concernés par le système du parcours coordonné.

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.