

MUTUELLE DE L'ILE DE LA CITE
Régie par le Livre II du Code de la Mutualité - N° 784 238 982
Siège social : 73, rue Brillât Savarin - 75013 PARIS
Tel : 01 70 22 58 44 - Email : contact@mutuelle-ile-cite.com



REGLEMENT MUTUALISTE

Règlement Mutualiste applicable au 01 / 07 / 2021

TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES AUX PARTICULIERS ET AUX COLLECTIVITES

CHAPITRE 1^{er} : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1^{er} : DEFINITIONS

Les membres participants de la Mutuelle de l'Île de la Cité, tels qu'ils sont définis dans les statuts, sont répartis en deux catégories suivantes :

- Adhésion individuelle

Cette catégorie comprend l'ensemble des adhérents à titre individuel tels que définis à l'article 8-1 des statuts à savoir : les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les membres participants en souscription individuelle ont le choix, dans les conditions précisées aux statuts, entre trois catégories de garanties :

- 1- garantie A « Maximum »
- 2- garantie B « Partiel »
- 3- garantie C « Hospitalisation »

- Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

Cette catégorie comprend deux groupes de collectivités tels que définis à l'article 8-2 des statuts : celui des membres bénéficiant des prestations de la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif facultatif et celui des membres bénéficiant des prestations de la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Les prestations accordées à chaque garantie, dans le cadre des adhésions individuelles, sont fixées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'administration par délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article 23 a des statuts et figurent au tableau de chaque garantie de ce règlement mutualiste en annexe.

Les cotisations de chaque garantie, dans le cadre des adhésions individuelles, sont fixées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'administration par délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article 23 a des statuts et figurent au tableau des montants mensuels de cotisations de ce règlement mutualiste en annexe.

Le présent règlement s'applique à l'ensemble des adhérents des deux catégories précitées.

CHAPITRE 2 : PRINCIPES DE COTISATION

ARTICLE 2 : FINANCEMENT DE LA GARANTIE

Le membre participant souscripteur d'un contrat individuel, l'entreprise ou toute personne morale souscriptrice d'un contrat collectif obligatoire ou facultatif, s'engage au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture de prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

ARTICLE 3 : MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est déterminée en fonction :

- de la garantie choisie,
- de la composition familiale.

Dans cette cotisation, sont incluses :

- les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations, etc...),
- les cotisations techniques,
- les taxes et contributions en vigueur, ainsi que toute taxe ou contribution à venir, imposées par la réglementation.

L'ensemble des sommes dues est réputé former un tout indivisible.

La cotisation est révisable annuellement en fonction des résultats techniques de la Mutuelle et des évolutions des dépenses de santé fournies par les indices officiels, des résultats techniques propres pour chacun des contrats collectifs.

Par ailleurs, l'évolution des cotisations de certains contrats collectifs peut faire l'objet d'un suivi spécifique en concertation avec le souscripteur.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier et éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des bénéficiaires venait à être augmentée à la suite d'une évolution du Régime Obligatoire ou de la législation en vigueur.

Les augmentations sont décidées par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'administration par délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article 23 a des statuts.

ARTICLE 4 : DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement, la Mutuelle se réserve, conformément aux dispositions des articles L.221-7 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et L.221-8 dudit Code pour les opérations collectives, le droit de :

- recouvrer les cotisations auprès du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale pour les contrats collectifs
- suspendre la garantie en cas de non-paiement constaté trente jours après l'envoi de la mise en demeure,
- résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai précité de trente jours.

En cas d'envoi d'une mise en demeure, le membre participant, la personne morale souscriptrice du contrat collectif se verra facturer par la Mutuelle une somme forfaitaire par mise en demeure, dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

CHAPITRE 3 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

ARTICLE 5 : INFORMATION DE LA MUTUELLE

L'adhérent doit communiquer tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, sa situation vis-à-vis du Régime Obligatoire, son adresse, ses coordonnées bancaires, son nouveau centre de Régime Obligatoire, etc. Cette formalité doit être effectuée par courrier mentionnant le numéro d'immatriculation au Régime Obligatoire avec les pièces justificatives associées (certificats de naissance, de mariage, de décès, etc.), faute de quoi le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

Dans certains cas, les modifications pourront être enregistrées sur simple appel téléphonique ou au Siège de la Mutuelle. L'inscription d'un ayant droit en cours d'année implique au minimum son adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

CHAPITRE 4 : INFORMATION DES ADHERENTS

ARTICLE 6 : INFORMATION CONTRACTUELLE

Dans le cadre des garanties individuelles, les futurs membres participants reçoivent avant la signature du contrat, conformément aux dispositions de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information qui décrit leurs droits et obligations.

Pour les opérations collectives, avant la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription du contrat, la Mutuelle remet obligatoirement à la personne morale souscriptrice la proposition de contrat.

Avant la signature du contrat, la Mutuelle ou ses intermédiaires fournissent, sauf exceptions légales, au membre participant pour les opérations individuelles ou à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives, le document d'information normalisé (IPID) sur le règlement ou le contrat collectif élaboré par son concepteur, ainsi que tout autre document exigé par la loi.

En application de l'article L.221-5 du Code de la mutualité, les membres participants sont informés des modifications de statuts et règlement, ainsi que des modifications de garanties définies au bulletin d'adhésion. En cas de souscription d'un contrat collectif, toute modification de celui-ci, y compris la modification de cotisation, est constatée par avenant. Par dérogation, les modifications proposées par la Mutuelle d'un contrat collectif visant à le mettre en conformité avec les règles relatives au « contrat responsable » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application sont réputées acceptées à défaut d'opposition du souscripteur. La Mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par le souscripteur.

Il est précisé en dernier lieu que les adhérents, bénéficiaires d'une garantie résultant d'un contrat collectif, reçoivent du souscripteur au moment de l'adhésion, les statuts et la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du même code, mise à jour en cas de modifications apportées au contrat.

CHAPITRE 5 : LITIGES

ARTICLE 7 : PRESCRIPTION-MEDIATION-JURIDICTION COMPETENTE

Prescription

Tout litige lié au paiement des prestations et à l'encaissement des cotisations se prescrit au bout d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux dispositions des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, 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 du participant, du bénéficiaire 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Médiation

Pour toute réclamation relative à la gestion du présent règlement mutualiste, les cotisations ou encore les prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

S'il rencontre des difficultés liées à l'application du présent règlement, il peut formuler une réclamation ou signifier son désaccord, par courrier simple adressé au siège social de la **Mutuelle de l'Île de la Cité -73, rue Brillât Savarin - 75013 PARIS**.

Si un différend persistait après la réponse apportée, il aurait la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de la **Mutuelle de l'Île de la Cité -73, rue Brillât Savarin - 75013 PARIS**.

Après avoir été saisi du litige, le médiateur recueille les informations qui lui sont nécessaires pour instruire le dossier et rend un avis dans un délai de trois mois. Cet avis ne s'impose ni à l'adhérent ni à la Mutuelle qui conservent tous les deux le droit de saisir le tribunal.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction que ce soit par l'adhérent ou la Mutuelle.

Attribution de juridiction

Dans l'hypothèse où le médiateur ne pourrait pas rendre son arbitrage et/ ou en cas de volonté de saisine des pouvoirs judiciaires, et plus généralement, faute de règlement amiable, tout désaccord relatif à la validité, l'interprétation ou l'exécution du présent règlement mutualiste sera régi par les lois françaises, et sera exclusivement porté devant le Tribunal de Grande Instance de Paris, nonobstant pluralité de défendeurs ou appels en garantie, même pour les procédures d'urgence ou les procédures conservatoires.

TITRE II : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS INDIVIDUELS

CHAPITRE 1 : ADHESION

ARTICLE 8 : BULLETIN D'ADHESION

L'adhésion ou le changement de formule de garantie est subordonné à la signature d'un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l'attestation papier de la Carte Vitale et du règlement de la première cotisation, effectué obligatoirement par chèque, espèces ou autorisation de prélèvement dûment remplie, signée et accompagnée de deux relevés d'identité bancaire.

ARTICLE 9 : DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois civil suivant la réception du bulletin d'adhésion dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives. L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

ARTICLE 10 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l'objet de remboursement par la Mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du premier jour de la prise d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 11 - RENONCIATION

11.1 - Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre au présent règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à l'adresse :

contact@mutuelle-ile-cite.com

avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour ce faire, il doit adresser à :

Mutuelle de l'Ile de la Cité -73, rue Brillât Savarin - 75013 PARIS.

une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigé par exemple selon le modèle suivant :

*« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente renoncer à ma demande d'adhésion au règlement mutualiste (indiquez le nom de la formule de garantie choisie) effectuée en date du (date de la signature du bulletin d'adhésion).
Le (date et signature) ».*

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de la date de l'envoi recommandé électronique mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement mutualiste et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

11.2 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, au présent règlement mutualiste, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a.

Pour ce faire, il doit adresser à :

Mutuelle de l'Île de la Cité -73, rue Brillât Savarin - 75013 PARIS.

une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigé par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente renoncer à ma demande d'adhésion au règlement mutualiste (indiquez le nom de la formule de garantie choisie) effectuée en date du (date de la signature du bulletin d'adhésion).

Le (date et signature) ».

L'adhésion au règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai de renonciation sauf demande expresse du membre participant. Lorsque celui-ci exerce son droit de renonciation, il ne peut être tenu qu'au paiement d'une cotisation égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet de l'adhésion et la date de réception de sa demande de renonciation, à l'exclusion de toute pénalité.

En cas de renonciation, la Mutuelle rembourse au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du règlement mutualiste, à l'exception du montant mentionné à l'alinéa précédent. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de renoncer.

Le membre participant restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à la Mutuelle sa volonté de renoncer.

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 12 : APPEL DES COTISATIONS

L'adhérent reçoit son appel de cotisation une fois par an avant le 1^{er} janvier.

Il peut fractionner le montant de la cotisation due dans les conditions exposées à l'article 13 ci-après.

ARTICLE 13 : MODALITES DE REGLEMENT

13-1 Périodicité de règlement

L'adhérent a la possibilité de choisir sa périodicité de règlement des cotisations (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Ces différentes possibilités constituent une facilité de paiement accordée par la Mutuelle à ses adhérents, sans que cela n'altère le principe d'annualité de la cotisation.

13-2 Règlement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par mois, trimestre, semestre ou année. Toute année commencée est due.

En cas de paiement mensuel, le prélèvement est obligatoire, sauf en cas d'impayés, dans ce cas le règlement par chèque redevient la règle, conformément au 1^{er} alinéa de l'article 13-2-1 ci-après.

13-2-1 Règlement hors prélèvement

Le paiement des cotisations s'effectue :

- par chèque établi à l'ordre de la Mutuelle de l'Île de la Cité, par virement sur le compte bancaire ou postal de la Mutuelle. Dans ce cas, un relevé d'identité bancaire sera fourni à l'adhérent sur simple demande,
- en espèces au Siège de la Mutuelle ou de son délégataire désigné. Tout paiement doit être accompagné de la vignette d'identification qui se trouve sur l'appel de cotisation, afin de faciliter l'affectation du règlement et permettre ainsi l'ouverture des droits et l'envoi de la carte de Tiers payant.

En cas de non-paiement, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'adhérent selon les procédures contentieuses en cours. Tant que la cotisation n'est pas réglée, la carte de Tiers payant n'est pas délivrée et les prestations sont suspendues trente jours après envoi de la mise en demeure.

Il n'est pas accusé réception aux règlements, sauf en cas de règlement en espèces pour lesquels un reçu est remis à l'adhérent.

13-2-2 Règlement par prélèvement

Le paiement des cotisations par prélèvement est subordonné à l'autorisation préalable de l'adhérent. Le passage à ce mode de règlement est possible, à tout moment, sous réserve d'un préavis d'un mois pour une date d'effet au premier jour du semestre ou du trimestre civil suivant la demande ; l'adhérent doit, dans cette hypothèse, être à jour de ses cotisations au semestre ou au trimestre civil.

Chaque adhérent reçoit avant le 1^{er} janvier de chaque année, un avis d'appel de cotisation avec l'échéancier mensuel de règlement. La cotisation est prélevée le cinq ou le dix du mois ou le jour ouvrable le plus proche du cinq ou du dix du mois. Le choix de la date de prélèvement appartient à l'adhérent lors de son adhésion.

En cas d'impayé du prélèvement, l'adhérent doit faire rapidement les démarches nécessaires afin que le deuxième ordre de prélèvement émis par la Mutuelle soit honoré.

Les frais de rejet sont à la charge de l'adhérent et sont inclus dans le prélèvement suivant.

Après deux rejets de prélèvement consécutifs, la Mutuelle se réserve le droit de lui interdire ce mode de règlement.

En cas de non-paiement à l'issue du deuxième rejet, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'adhérent selon les procédures contentieuses prévues. Tant que la cotisation n'est pas réglée, les prestations sont suspendues et l'usage de la carte de Tiers payant est interdit. Si l'adhérent, ou l'un de ses ayants droit, utilisait néanmoins sa carte de Tiers payant, cela constituerait un délit. Tout changement de coordonnées bancaires doit être signalé à la Mutuelle au plus tard pour le vingt du mois qui précède la date de prélèvement, afin d'éviter un risque de rejet de prélèvement et donc les frais y afférents.

CHAPITRE 3 : RESILIATION, RADIATION

Article 14 : RESILIATION A L'INITIATIVE DE L'ADHERENT

14.1. Résiliation à l'échéance annuelle

Le membre participant peut résilier son adhésion au présent règlement mutualiste en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique (à l'adresse suivante : contact@mutuelle-ile-cite.com) avec demande d'accusé de réception à la Mutuelle, deux mois avant la fin de l'année civile (soit au plus tard le 31 octobre, le cachet de La Poste faisant foi).

La résiliation peut également être notifiée, à la Mutuelle, deux mois avant la fin de l'année civile (soit au plus tard le 31 octobre), soit par lettre ou tout autre support durable, soit par acte extrajudiciaire, soit lorsque l'adhésion au règlement a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, soit par déclaration faite au siège social de la Mutuelle.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

En cas de résiliation, tout adhérent doit obligatoirement se mettre à jour de ses cotisations, toute année commencée étant due dans son intégralité.

14.2. Résiliation en application de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité (« Loi Châtel »)

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité issu de l'article 30 de la loi du 28 janvier 2005, dite loi Châtel, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'adhérent peut mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction, en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique (à l'adresse suivante : contact@mutuelle-ile-cite.com) à la Mutuelle.

La résiliation peut également être notifiée à la Mutuelle, soit par lettre ou tout autre support durable, soit par acte extrajudiciaire, soit lorsque l'adhésion au règlement a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, soit par déclaration faite au siège social de la Mutuelle.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste ou de la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique ou de la date de notification.

L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée à l'adhérent, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

14.3. Résiliation en cours d'année

L'adhérent peut résilier son adhésion au présent règlement, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la prise d'effet de son adhésion, sans frais ni pénalités.

La résiliation doit être notifiée à la Mutuelle, soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social, soit par acte extrajudiciaire, soit lorsque l'adhésion au règlement a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.

L'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dès réception de la demande de résiliation, la Mutuelle communique, par écrit ou tout support durable, à l'adhérent, un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la résiliation. Cet avis rappelle à l'adhérent son droit à être remboursé des sommes visées à l'alinéa précédent.

Dans le cas où l'adhérent souhaite résilier son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation et s'assure ainsi de la continuité de la couverture de l'adhérent : le nouvel organisme notifie à la Mutuelle la résiliation de l'adhésion de l'adhérent par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique (à l'adresse suivante : contact@mutuelle-ile-cite.com). Dès réception de la demande de résiliation, la Mutuelle communique, par écrit ou tout support durable, à l'adhérent, un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la résiliation. Cet avis rappelle à l'adhérent son droit à être remboursé des sommes visées au quatrième alinéa du présent article. Le nouveau contrat ne peut prendre effet avant la prise d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent règlement.

ARTICLE 15 : RESILIATION POUR NON-PAIEMENT DES COTISATIONS A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Les frais de recouvrement sont à la charge 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 des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Les frais médicaux engagés, exécutés ou prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge. La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque la résiliation est prononcée, l'adhérent doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer sa carte de Mutuelle.

Aucun certificat de résiliation n'est délivré à l'adhérent radié pour non-paiement de cotisations.

ARTICLE 15 BIS : RESILIATION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE POUR FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE

Conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'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.

ARTICLE 15 TER : RESILIATIONS EXCEPTIONNELLES A L'INITIATIVE DE L'ADHERENT OU DE LA MUTUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, lorsque l'adhérent ne remplit plus 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.

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

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La résiliation doit être notifiée par l'adhérent à la Mutuelle, soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social, soit par acte extrajudiciaire, soit lorsque l'adhésion au règlement a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

La résiliation doit être notifiée par la Mutuelle à l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans le cas des résiliations sus mentionnées

ARTICLE 15 QUATER : NULLITE DE L'ADHESION POUR FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 16 : REINTEGRATION

La réintégration après la résiliation prononcée par la Mutuelle ne peut être faite que sur décision de la Mutuelle, statuant sur la demande de l'adhérent et sous réserve que celui-ci ait réglé ses arriérés de cotisations et se soit acquitté des frais de recouvrement.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

ARTICLE 17 : REGLES GENERALES

Les frais médicaux pris en charge par le Régime Obligatoire font l'objet d'un remboursement complémentaire dans les conditions et limites de la catégorie de garantie choisie à l'exception des soins hors nomenclature sauf dérogation indiquée dans le tableau des garanties.

Les prestations accordées au titre de la garantie choisie figurent au tableau de chaque garantie annexé au présent règlement mutualiste.

17.1 : LES TYPES DE CONTRATS

Contrats responsables

Les différentes catégories de garantie respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application relatives aux contrats responsables.

A ce titre, conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, les différentes catégories de garantie prennent en charge :

- L'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du Ticket Modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (sauf si la prise en charge est expressément prévue dans la catégorie de garantie souscrite) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 17.1.2 et 17.1.4 ci-après.

Est également prise en charge, la participation forfaitaire de 24 euros prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale.

- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies ci-après, les dépenses d'acquisition des équipements d'optique médicale, des aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques.

Réforme 100% Santé

17.1.1 : Définitions :

- Cette réforme a notamment pour objet de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour **certains actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques**. Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soin spécifique à chaque domaine, déterminé par voie réglementaire.

La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables.

Le présent règlement respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose donc des garanties couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge (« 100 Santé ») définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
 - équipements de classe 1 pour les aides auditives
 - actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques.
- **Prix Limite de vente (PLV)** : Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale, prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP).
 - **Honoraires limites de facturation (HLF)** : Honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie du 21 juin 2018 modifiée.
 - **Listes des actes, produits et prestations remboursables** : Ces listes prévues aux articles L.165-1 (LPP) et L.162-1-7 (LAP) du code de la sécurité sociale déterminent les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100 Santé »).

17.1.2 : Optique :

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

Les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

A. Equipement lunettes « 100% Santé » (Classe A)

La garantie permet le remboursement, **dans la limite des prix limites de vente**, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe A :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents
- du supplément applicable pour les verres avec filtre,

dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

B. Equipement lunettes hors 100 % Santé (Classe B)

Dans les conditions et limites de la catégorie garantie choisie, cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe B :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus du Ticket Modérateur, dans les limites définies au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge d'une monture est limitée à 30 euros (inclus dans les plafonds limites). Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique.

La prise en charge des tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

C. Dispositions communes aux verres et montures de classes A et B :

- Quelle que soit la garantie choisie, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période :
 - de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
 - d'1 an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
 - de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'1 an s'applique.

Dérogations :

- la période de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus est réduite à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement complet (deux verres et une monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visées dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.

L'appréciation de ces périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant lesdites périodes.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les assurés ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
 - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge. Les règles d'application des garanties du présent règlement sont applicables à chacun des équipements considérés individuellement.

- La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement d'optique médicale composé de verres de classe A et d'une monture de classe B ou inversement. Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente.

17.1.3 : Dentaire :

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ».

Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation et sans reste à charge (panier 100 % Santé),
- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation (panier reste à charge maîtrisé),
- les actes pour lesquels l'entente directe reste libre (panier libre).

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge (panier 100 % Santé) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré aux dates d'application fixées par voie réglementaire.

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ou libre (panier reste à charge maîtrisé et panier libre) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la catégorie de garantie choisie. Les limites de remboursement sont fixées dans les tableaux de garanties en annexe au présent règlement.

17.1.4 : Aide auditive : Dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2021

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire.

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la catégorie de garantie choisie.

A. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, cette garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.

B. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

Dans les conditions et limites de la catégorie de garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et,
- **au maximum d'une somme égale à 1.700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et le Ticket Modérateur.** Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

C. Dispositions communes aux dispositifs relevant de la classe 1 et de la classe 2

Quelle que soit la catégorie de garantie choisie, **la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.**

L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

Contrats non responsables

Les garanties proposées sont celles alors inhérentes à un contrat « **non responsable** » : il n'a donc pas pour obligation de respecter l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application.

17.2 : LES EXCLUSIONS

A - LES EXCLUSIONS PROPRES AUX CONTRATS RESPONSABLES

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

B - LES EXCLUSIONS PROPRES AUX CONTRATS NON RESPONSABLES

Ne donnent pas lieu à indemnisation les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale.

17.3 : Soins à l'étranger

La Mutuelle rembourse le Ticket modérateur après reconstitution du Tarif de Convention du Régime Obligatoire français.

17.4 : Principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent ou l'assuré peut obtenir l'indemnité en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

ARTICLE 18 : REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées à l'adhérent :

- à partir des données fournies directement par le Régime Obligatoire de l'adhérent lorsque celui-ci a autorisé le télétraitement sous réserve que la copie de l'attestation papier de la Carte Vitale soit transmise à Mutuelle de l'Île de la Cité en cas de changement ou d'ajout de bénéficiaire ou de changement de caisse de Régime Obligatoire. Cette procédure le dispense d'envoyer son décompte à la Mutuelle et accélère les délais de remboursement,
- à partir des informations et justificatifs de dépenses transmis par l'adhérent lui-même, il s'agit en l'espèce des décomptes originaux de l'organisme de Régime Obligatoire et des factures originales des professionnels de santé ainsi que des devis ou prises en charge éventuels, aucune photocopie n'étant acceptée,
- à partir des pièces justificatives spécifiques liées à la prestation versée.

Remarque :

Les produits, accessoires et examens non remboursables par le Régime Obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement en fonction de la garantie souscrite, sous réserve de présentation des justificatifs originaux correspondants.

ARTICLE 19 : REGLEMENT A L'ADHERENT

Les prestations font l'objet de l'établissement d'un décompte. Elles sont réglées par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou lui sont adressées par chèque bancaire.

Les montants des prestations sont calculés en fonction des garanties figurant dans la catégorie souscrite.

Les sommes qui viennent en diminution du remboursement effectué par le Régime Obligatoire ne seront pas prises en charge par la Mutuelle.

Le versement des prestations est subordonné au règlement des cotisations. En cas de non-paiement de ces dernières, les prestations font l'objet d'un règlement après régularisation de la situation dans les six mois qui suivent la suspension des garanties et en l'absence de résiliation ou de radiation.

ARTICLE 20 : REGLEMENT A UN TIERS, TIERS PAYANT

Dans le cas où l'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit, s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent règlement leur permet de bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

A cette fin, une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par la Mutuelle lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé concernés.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. Cette carte nominative est STRICTEMENT PERSONNELLE. Elle ne peut en aucun cas être utilisée par quelqu'un ne figurant pas nominativement sur la carte. Sa validité est trimestrielle, semestrielle ou annuelle, en fonction du mode de règlement de la cotisation.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, la Mutuelle pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

Dans le cas où la carte de tiers payant ne pourrait pas être présentée, la Mutuelle pourra établir une prise en charge spécifique sur simple demande de l'établissement hospitalier ou du professionnel de santé.

Un duplicata de carte peut être délivré à la demande de l'adhérent, moyennant le paiement des frais de duplicata fixés forfaitairement à 5,50 €.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

Article 21 : MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS, HORS TIERS PAYANT

Lorsque le Tiers payant ne peut pas être appliqué, la Mutuelle rembourse les frais de soins avancés par ses adhérents sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- décompte original du Régime Obligatoire ; ou éventuellement des décomptes des autres régimes complémentaires,
- facture originale acquittée,
- toute autre pièce justificative exigée par la Mutuelle en fonction des garanties souscrites (devis, photocopie de feuille de soins, etc...).

La présentation de photocopies de décomptes du Régime Obligatoire et/ou de factures n'est pas recevable pour percevoir des remboursements de la part de la Mutuelle.

ARTICLE 22 : FORCLUSION

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent, sous peine de forclusion, être remis à la Mutuelle au plus tard dans les 2 ans suivant la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime Obligatoire, ou dans un délai de 2 ans à compter de la date de facturation pour toutes les prestations non remboursées par le Régime Obligatoire.

ARTICLE 23 : PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'un des adhérents de la Mutuelle ou à un professionnel de santé dans le cadre du Tiers payant, la Mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire et pourra éventuellement prélever les sommes indûment perçues sur les prestations à venir. Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers payant.

ARTICLE 24 : GARANTIES EXCLUES

La Mutuelle ne rembourse pas les actes et prestations non remboursés par le Régime Obligatoire ou hors nomenclature du Régime Obligatoire ainsi que tous les autres frais non remboursés par le Régime Obligatoire. Lorsque la Mutuelle prend en charge des prestations non remboursées par le Régime Obligatoire, celles-ci sont expressément définies dans les tableaux de garanties annexés au présent règlement mutualiste. Elles correspondent à la catégorie de garanties souscrites et au tableau associé, dans la limite du montant ou du nombre pour lesquels la Mutuelle s'engage à participer.

Article 25 : CONTRÔLE DES DÉPENSES - CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander aux assurés tous renseignements ou documents dont elle jugerait utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de la Mutuelle.

De même, elle peut demander à l'assuré de se soumettre à un examen auprès du médecin de son choix qu'elle lui aura alors désigné.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical avec l'assuré, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

ARTICLE 26 : SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à ses ayants droit victime(s) d'un accident, dans son action 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 que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve. Cette subrogation s'exercera après communication par l'adhérent concerné ou ses ayants droit, des éléments nécessaires à la Mutuelle pour pouvoir pratiquer son recours dans les meilleures conditions possibles.

En cas de retard (délai de réponse supérieur à 30 jours à compter de l'intervention de la Mutuelle auprès de l'adhérent ou de ses ayants droit) ou en cas de mauvaise foi de la part de l'adhérent ou de ses ayants droit, dans la communication des informations relatives à l'accident et/ou au(x) tiers responsable(s) ou leur(s) représentant(s), défenseur(s) ou assureur(s), la Mutuelle se réserve le droit de réclamer à l'adhérent ou à ses ayants droit, l'intégralité des dépenses que la Mutuelle a engagées pour son adhérent.

De même, si l'adhérent victime a été indemnisé, au titre des dépenses engagées par la Mutuelle, par un quelconque organisme, la Mutuelle pourra lui demander la restitution des prestations versées au titre de l'accident et de ses suites et conséquences, ainsi que de toute somme que la Mutuelle a exposée dans le cadre de cette subrogation.

Remarque : Il est vivement conseillé aux adhérents de vérifier auprès de leurs divers assureurs que ces accidents sont bien couverts par eux, par un contrat ada

TITRE III : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES ET FACULTATIFS

CHAPITRE 1 : ADHESION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature :

- d'un contrat signé conformément à l'article 28 ci-après,
- d'un bulletin d'adhésion ou d'une demande d'adhésion selon les modalités fixées au contrat collectif.

ARTICLE 27 : CONTRAT

27-1 Durée du contrat

La durée de chaque contrat est fixée dans les documents contractuels remis à la personne morale souscriptrice et aux membres participant.

27-2 Stipulations contractuelles

Dans le cadre du contrat collectif, des stipulations spécifiques peuvent être indiquées et se trouver en contradiction avec les statuts ou le présent règlement.

Dans cette hypothèse, les stipulations qui se trouvent dans le contrat l'emportent sur celles des statuts et/ou du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 28 : DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet selon les conditions et modalités définies dans chaque contrat.

ARTICLE 29 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l'objet de remboursement par la Mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du premier jour de prise d'effet de l'adhésion selon les conditions et modalités définies dans chaque contrat.

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 30 : APPEL DES COTISATIONS

Un appel de cotisation est envoyé, selon la périodicité et le terme choisis dans le contrat, directement à la personne morale et/ou à l'adhérent. La personne morale désignera à cet effet le destinataire de l'appel de cotisation.

ARTICLE 31 : MODALITES DE REGLEMENT

Les modalités de règlement de cotisation sont définies dans chaque contrat.

CHAPITRE 3 : RADIATION

Les modalités de radiation sont définies dans chaque contrat.

CHAPITRE 4 : NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

ARTICLE 32 : MODALITES

Les modalités de renouvellement et de résiliation sont décrites dans chaque contrat.

ANNEXE AU REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE DE L'ILE DE LA CITE
La présente annexe fait partie intégrante du règlement mutualiste

Garanties et Cotisations Mensuelles

Garantie GA

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent **sous déduction** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale et en pourcentage du ticket modérateur.

Pour les médecins en secteur non conventionné la base de remboursement utilisée est le tarif d'autorité.

Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé », conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application

GARANTIE GA	PRESTATIONS MUTUELLE + RO	
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Médicaux	100% BR	100% BR
Chirurgicaux	100% BR	100% BR
Chambre particulière (y compris maternité)	40 € par jour limité à 30 jours	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 15 ans)	32 € par jour limité à 30 jours	
Participation forfaitaire (acte lourd)	100% FR	
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et visites	125% BR	105% BR
Actes techniques médicaux	110% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale	110% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire	105% BR	
Médicaments remboursés par le RO	100% BR	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	130% BR	
AIDES AUDITIVES (*)		
<i>Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1.</i>		
Equipement « 100% SANTE » (classe I) à compter du 01/01/2021	100% PLV	
Prothèse auditive Hors « 100% SANTE » - Classe II	Moins de 20 ans	20 ans et plus
	100% BR	130% BR + 200 € par an et par bénéficiaire
Consommables, piles et accessoires	100% BR	

OPTIQUE (*)	
<i>Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (voir article 17.1.2 du règlement).</i>	
Équipement « 100% SANTE » * Monture, verres et prestations d'appairage et d'adaptation, supplément pour les verres avec filtre	100% PLV *
Équipement Hors « 100% SANTE » **	<i>Pour l'application des forfaits ci-dessous la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est plafonnée à 30€</i>
Équipement avec 2 verres simples	100 €
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou hyper complexe	150 €
Équipement avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €
Autres	100% BR
Lentilles correctrices	
<i>Remboursées par le RO</i>	100% BR
Autres prestations optiques	100% BR
DENTAIRE (*)	
<i>Limite annuelle du poste dentaire par an et par bénéficiaire pour la part remboursée par la mutuelle hors soins et orthodontie :</i>	
<i>- 1ère année d'adhésion : 500€ par an,</i>	
<i>- à compter de la 2nde année : 2.000€ par an.</i>	
<i>Lorsque ces plafonds seront atteints la garantie est limitée à :</i>	
<i>- i) 100% des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale pour les postes du 100% santé,</i>	
<i>- ii) 100% du Ticket Modérateur hors 100% santé</i>	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE »	100% HLF
Soins Hors « 100% SANTE »	
Soins dentaires	120% BR
Inlays-Onlays	245% BR
Prothèses Hors « 100% SANTE »	
Inlay core	150% BR
Prothèses dentaires <i>remboursées par le RO</i>	150% BR
Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i>	130% BRR
Orthodontie	
Orthodontie <i>remboursée par le RO</i>	195% BR
Orthodontie <i>non remboursée par le RO</i>	125% BRR
Implantologie	
<i>Remboursé par le RO</i>	125% BR
<i>Non remboursé par le RO</i>	200 € par implant
AUTRES GARANTIES	
Transport remboursé par le RO	100 % BR

Cure thermale	100 % BR + 245€ par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
Ostéodensitométrie acceptée par la Sécurité Sociale	110% BR
Vaccin anti grippe remboursé par le RO	100% BR
Vaccin anti grippe non remboursé par le RO	11€ par an et par bénéficiaire
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100% BR
CONTRAT RESPONSABLE	
<p>Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-CO) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ; - elle doit être inférieure à la prise en charge pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée). <p>Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui est retenue est celle du tarif d'autorité.</p> <p><i>OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée</i> <i>OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique</i></p>	

(*) 100% santé * : 100% santé tel que défini par la réglementation.

Le 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie.

La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

Avant l'entrée en vigueur du panier « 100% SANTE », la prise en charge s'effectue à hauteur des prestations Hors « 100% SANTE ».

**** La définition des verres simples, verres complexes et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).**

Verres simples

(cf a du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verres complexes

(cf c du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres hypercomplexes

(cf f du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, la Mutuelle applique le tarif d'autorité de cet organisme.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

RO : Régime obligatoire dont dépend le bénéficiaire

Garantie GB

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent **sous déduction** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale et en pourcentage du ticket modérateur.

Pour les médecins en secteur non conventionné la base de remboursement utilisée est le tarif d'autorité.

Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé », conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application

GARANTIE GB	PRESTATIONS MUTUELLE + RO	
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Médicaux	100% BR	100% BR
Chirurgicaux	100% BR	100% BR
Chambre particulière (y compris maternité)	23 € par jour limité à 30 jours	
Participation forfaitaire (acte lourd)	100% FR	
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et visites	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	
Médicaments remboursés par le RO	100% BR	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	100% BR	
AIDES AUDITIVES (*)		
<i>Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1.</i>		
Equipement « 100% SANTE » (classe I) à compter du 01/01/2021	100% PLV	
Prothèse auditive Hors « 100% SANTE » - Classe II	Moins de 20 ans	20 ans et plus
	100% BR	100% BR + 77 € par an et par bénéficiaire
Consommables, piles et accessoires	100% BR	

OPTIQUE (*)	
<i>Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (voir article 17.1.2 du règlement).</i>	
Equipe ment « 100% SANTE » *	100% PLV *
Monture, verres et prestations d'appairage et d'adaptation, supplément pour les verres avec filtres	
Equipe ment Hors « 100% SANTE » **	<i>Pour l'application des forfaits ci-dessous la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est plafonnée à 30€</i>
Equipe ment avec 2 verres simples	100 €
Equipe ment avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou hyper complexe	150 €
Equipe ment avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €
Autres	100% BR
Lentilles correctrices	
<i>Remboursées par le RO</i>	100% BR
Autres prestations optiques	100% BR
DENTAIRE (*)	
<i>Limite annuelle du poste dentaire par an et par bénéficiaire pour la part remboursée par la mutuelle hors soins et orthodontie :</i>	
<i>- 1ère année d'adhésion : 500€ par an,</i>	
<i>- à compter de la 2nde année : 1200€ par an.</i>	
<i>Lorsque ces plafonds seront atteints, la garantie est limitée à :</i>	
<i>- i) 100% des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale pour les postes du 100% santé,</i>	
<i>- ii) à 100% du Ticket Modérateur hors 100% santé</i>	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » :	100% HLF
Soins Hors « 100% SANTE »	
Soins dentaires	100% BR
Inlays-Onlays	100% BR
Prothèses Hors « 100% SANTE »	
Inlay core	100% BR
Prothèses dentaires <i>remboursées par le RO</i>	100% BR
Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i>	60% BRR
Orthodontie	
Orthodontie <i>remboursée par le RO</i>	100% BR
Orthodontie <i>non remboursée par le RO</i>	50% BRR
Implantologie	
<i>Remboursé par le RO</i>	100% BR
<i>Non remboursé par le RO</i>	120 € par implant
AUTRES GARANTIES	
Transport remboursé par le RO	100 % BR
Cure thermique	100 % BR + 77€ par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
Ostéodensitométrie acceptée par la Sécurité Sociale	100% BR

Vaccin anti-grippe remboursé par le RO	100% BR
Vaccin anti-grippe non remboursé par le RO	11€ par an et par bénéficiaire
CONTRAT RESPONSABLE	
<p>Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-CO) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ; - elle doit être inférieure à la prise en charge pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée). <p>Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui est retenue est celle du tarif d'autorité.</p> <p><i>OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée</i> <i>OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique</i></p>	

(*) 100% santé * : 100% santé tel que défini par la réglementation.

Le 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie.

La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100% SANTE », la prise en charge s'effectue à hauteur des prestations Hors « 100% SANTE ».

**** La définition des verres simples, verres complexes et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).**

Verres simples (cf a du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verres complexes (cf c du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres hypercomplexes (cf f du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, la Mutuelle applique le tarif d'autorité de cet organisme.

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
Chirurgie et Obstétrique

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

Garantie GC

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les limites de remboursement s'entendent **sous déduction** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale et en pourcentage du ticket modérateur

GARANTIE GC (non responsable)	PRESTATIONS MUTUELLE + RO	
HOSPITALISATION <i>(y compris maternité)</i>		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires <i>(consultations et actes)</i>	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Médicaux	100% BR	100% BR
Chirurgicaux	100% BR	100% BR
Chambre particulière <i>(y compris maternité)</i>	23 € par jour limité à 30 jours	
Lit d'accompagnant <i>(enfant de moins de 15 ans)</i>	23 € par jour limité à 30 jours	
AUTRES GARANTIES		
Transport remboursé par le RO	100 % BR	

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, la Mutuelle applique le tarif d'autorité de cet organisme.

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

Ce contrat entre dans la catégorie des contrats ' Non Responsables '.

MONTANT DES COTISATIONS MENSUELLES

TARIFS 2021

DE 18 A 25 ANS	A	B	C
Adulte	53,93	68,13	24,11
Adulte + 1 enfant	92,25	100,77	48,20
Adulte + 2 enfants	100,77	126,32	72,31
Couple	93,66	129,17	48,20
Couple + 1 enfant	110,70	144,76	72,31
Couple + 2 enfants	113,55	158,96	96,41

DE 26 A 39 ANS	A	B	C
Adulte	68,13	68,13	24,11
Adulte + 1 enfant	116,39	100,77	48,20
Adulte + 2 enfants	129,17	126,32	72,31
Couple	120,64	129,17	48,20
Couple + 1 enfant	134,83	144,76	72,31
Couple + 2 enfants	140,49	158,96	96,41

DE 40 A 55 ANS	A	B	C
Adulte	73,81	68,13	24,11
Adulte + 1 enfant	126,32	100,77	48,20
Adulte + 2 enfants	139,10	126,32	72,31
Couple	132,00	129,17	48,20
Couple + 1 enfant	146,18	144,76	72,31
Couple + 2 enfants	151,86	158,96	96,41

DE 56 ANS A 65 ANS	A	B	C
Adulte	95,09	68,13	24,11
Adulte + 1 enfant	163,22	100,77	48,20
Adulte + 2 enfants	170,32	126,32	72,31
Couple	168,90	129,17	48,20
Couple + 1 enfant	170,32	144,76	72,31
Couple + 2 enfants	171,74	158,96	96,41

A PARTIR DE 66 ANS	A	B	C
Adulte	117,80	68,13	24,11
Couple	195,86	129,17	48,20

ANNEXE AU REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE DE L'ILE DE LA CITE
La présente annexe fait partie intégrante du règlement mutualiste

Traitement et Protection des données personnelles

Conformément au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations à caractère personnel recueillies par la Mutuelle, responsable du traitement, ou son organisme gestionnaire par délégation sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du règlement mutualiste et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale.

De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Ces informations pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation de la Mutuelle, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au règlement mutualiste dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en adressant une demande écrite dans laquelle il indiquera les nom, adresse et référence de l'adhésion, accompagnée d'un justificatif d'identité, à l'attention du Délégué à la protection des données personnelles (DPO) du Gestionnaire désigné par délégation de la Mutuelle. Les coordonnées du gestionnaire désigné figurent sur les documents remis à l'adhésion ou sur l'information communiquée à cet effet par la Mutuelle.

Enfin, elle dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés CNIL – 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Conformément à l'article L.223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec le Distributeur, le Gestionnaire ou la Mutuelle, peut s'inscrire, gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Mutuelle peut être amenée à communiquer des informations à des autorités administrative ou judiciaire légalement habilitées.