

REGLEMENT MUTUALISTE

Chapitre 1 - OBJET DU REGLEMENT

Article 1 - Objet et modalités de modification du règlement

Le présent règlement établi selon l'article L 114-1 du Code de la Mutualité a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire tel que défini par les statuts et la Mutuelle en ce qui concerne l'ouverture des droits, les prestations et les cotisations relatives aux remboursements de frais de soins de santé. Le présent règlement a été adopté par l'Assemblée Générale d'Unimutuelles du 10 juillet 2002 et modifié par elle le 11 mai 2017.

Le présent règlement approuvé par l'Assemblée Générale peut être modifié par cette dernière ou par le Conseil d'Administration s'il en a reçu la délégation.

Toute modification est opposable aux membres participants dès qu'ils en ont eu connaissance.

Le présent régime prend en compte le dispositif « des contrats responsables » prévu par la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et son Décret d'application n° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

Chapitre 2 - ADHESION

Article 2 - Bénéficiaires

Les personnes pouvant bénéficier des garanties proposées par Unimutuelles sont les membres participants ainsi que leurs ayants droit.

Membre : Une personne devient membre de la Mutuelle en faisant acte d'adhésion soit par la signature du bulletin d'adhésion, soit par l'acceptation d'un contrat collectif écrit passé entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Ayant droit : Sont considérés comme ayants droit, l'ensemble des personnes telles qu'elles sont déterminées dans le Code de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire, le conjoint de l'adhérent, légitime ou séparé, divorcé ou veuf ; le concubin de même sexe ou de sexe différent ; le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ; les enfants âgés de moins de seize ans non salariés à la charge de l'assuré ou de son conjoint ; les enfants de moins de vingt ans qui poursuivent leurs études ou, qui par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ; la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge et les ascendants, descendants et collatéraux, sauf refus exprès du représentant légal (articles L 161-14, L 161-14-1 et L 313-3 du Code de la Sécurité Sociale).

La Mutuelle maintient également les enfants des adhérents jusqu'à leurs vingt-cinq ans (année des vingt-cinq ans incluse), s'ils sont à leur charge.

Les ayants droit bénéficient des mêmes prestations que l'adhérent auquel ils sont rattachés, sauf en cas de situations particulières lorsqu'il y a ouverture de droits différents par le régime obligatoire au sein d'une même famille.

Article 3 - Conditions d'adhésion

Il n'existe pas de condition d'âge, de nationalité, ni de condition de santé pour devenir membre d'Unimutuelles et pour le rester.

Le souscripteur justifie auprès de la Mutuelle qu'il bénéficie pour lui et ses ayants droit des prestations d'un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

En cas d'adhésion tardive, le souscripteur devra verser un droit d'entrée à Unimutuelles.

Une période de carence peut également s'appliquer en cas de nouvelle adhésion, mais non en cas de mutation.

Les conditions statutaires de la carence s'appliquent aussi aux risques non couverts par la précédente garantie.

Pour les contrats non responsables, un mois de carence s'applique systématiquement pour l'hospitalisation, sauf si un accident ou tout événement non prévisible, survient après la prise d'effet de l'adhésion, l'accident étant défini comme toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du souscripteur et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Toutefois, ce mois de carence ne s'applique pas pour la maternité en cas de mutation.

Un droit de réinscription doit être réglé à la Mutuelle lorsque la personne demandant à adhérer à Unimutuelles en a été radiée il y a moins de trois ans pour convenance personnelle ou pour non-paiement des cotisations. Par dérogation, ce droit d'inscription ne s'applique pas dans le cas d'une radiation pour non-paiement de cotisations pour les adhérents de l'AMBPI. Il est fixé par l'Assemblée Générale.

AGE	STATUTS	Nouvelles Adhésions	Mutations
Moins de 58 ans	Carence	Néant	Néant
	Droit d'entrée	Néant	Néant
	Cotisations	Statutaires	Statutaires
De 58 à 72 ans	Carence	3 mois*	Néant
	Droit d'entrée	Néant	Néant
	Cotisations	Majorées	Statutaires
Plus de 72 ans	Carence	6 mois*	Néant
	Droit d'entrée	150 €	Néant
	Cotisations	Majorées	Majorées

**Hors ticket modérateur, forfait journalier hospitalier et médicaments à SMR modéré et insuffisant pour les contrats responsables et solidaires (hors Base Essentielle et Base Hospitalière)*

En matière de contrat collectif, il convient de se référer aux conditions générales individuelles en cas d'adhésion facultative. En présence d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, aucun délai de carence n'est appliqué.

Article 4 - Modalités d'adhésion

Une proposition d'adhésion est faite à la personne souhaitant s'inscrire à Unimutuelles. Sur celle-ci est indiquée la garantie choisie en fonction des besoins de la personne et, si nécessaire, le droit d'entrée et le délai de carence.

La proposition est faite en référence à l'âge à la date d'effet de l'adhésion et est valable 2 mois à compter de sa date d'envoi. Sauf modifications des tarifs, règlements et changements de tranche, les conditions d'adhésion fixées dans la proposition seront celles applicables pendant cette durée. Passés les deux mois, Unimutuelles fait une autre proposition aux conditions applicables à la date de la nouvelle demande.

Pour s'inscrire, la personne doit retourner à la Mutuelle, le bulletin d'adhésion dûment complété et signé, une copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour), un relevé d'identité bancaire (pour le virement des prestations), un mandat de prélèvement SEPA (si la personne opte pour ce mode de règlement). Le demandeur devra également présenter un certificat de radiation en cas de mutation, ainsi qu'un justificatif d'affiliation au Régime d'Assurance Maladie Obligatoire de moins de trois mois.

En signant le bulletin d'adhésion, l'adhérent accepte les droits et obligations définis par le présent règlement, ainsi que les dispositions des statuts de la Mutuelle, dont un exemplaire lui est remis avec le texte du règlement. Le souscripteur devient alors membre participant d'Unimutuelles, s'il ne l'est déjà. Il bénéficie des prestations proposées par la Mutuelle et en ouvre les droits à ses bénéficiaires en versant pour chacun d'eux les cotisations correspondant aux garanties choisies. Si le membre participant justifie d'un contrat en cours auprès d'un autre organisme, il peut temporairement permettre à ses ayants droit de bénéficier des prestations d'Unimutuelles.

Article 5 - Inscription d'un enfant

Pour bénéficier de l'ouverture des droits au jour de la naissance, l'enfant doit être inscrit sur le dossier du père ou de la mère, à qui est attribué d'éventuelles allocations maternité, dans les deux mois qui suivent sa naissance ou son adoption. Les allocations maternité versées par Unimutuelles seront multipliées en cas de naissances multiples.

Lorsque l'enfant est inscrit au jour de sa naissance, la cotisation n'est appelée qu'à compter du premier jour du mois suivant. Passé le délai de deux mois, l'enfant sera inscrit le premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation.

Article 6 - Non sélection du risque

Aucun questionnaire médical ne sera soumis à l'adhérent ni à ses ayants droit. Celui-ci devra simplement certifier sur l'honneur que lui-même ou ses ayants droit ne sont, à leur connaissance, atteints d'aucune affection susceptible d'entraîner l'attribution des prestations.

Si une personne déclare avoir une affection susceptible d'entraîner l'attribution de prestations (sauf "affection liste"), elle pourra bénéficier d'une garantie couvrant à cent pour cent le ticket modérateur ou de tout autre dispositif spécifique adopté par les instances statutaires.

Article 7 - Souscription de plusieurs contrats

En cas de souscription de plusieurs contrats auprès de plusieurs assureurs ou groupements mutualistes pour un même intérêt contre un même risque, le membre participant doit donner immédiatement à la Mutuelle connaissance des autres assurances.

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, le membre

participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 8 - Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de la garantie accordée à l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Unimutuelles, 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 9 - Omission ou déclaration inexacte

Pour les opérations individuelles, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif (art. L 221-15 al. 1^{er}).

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, Unimutuelles a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. Unimutuelles lui restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus (art. L 221-15 al. 2).

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 le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. (art. L 221 15 al. 3).

Article 10 - Procédure

En complément des articles 7,8 et 9 du présent règlement mutualiste, il est précisé que pour un risque constaté antérieurement à la date d'adhésion, entraînant l'attribution de prestations postérieurement à cette date, la Commission Statutaire et Sociale de la section se réserve le droit de majorer la cotisation dans les conditions suivantes :

- dans la limite de dix tranches supplémentaires sur l'année en cours pour les risques ponctuels ;
- dans la tranche majorée la plus proche de l'âge du bénéficiaire pour un risque longue durée.

Il est également précisé que si le risque est réalisé avant la date d'adhésion ou en cas de mutation, alors que le membre participant en avait connaissance, la Mutuelle se réserve le droit de limiter ses prestations à 100 % du ticket modérateur sur la base de la nomenclature du Régime Obligatoire pour les prestations afférentes.

Synthèse des articles 6, 7, 8, 9 et 10 du présent règlement mutualiste :

ADHERENT	DECLARATION	CONSEQUENCES
	Déclaration du risque au moment de l'adhésion	Proposition d'une garantie à 100 % du ticket modérateur hors champ d'application en cas de notification "affection liste"
BONNE FOI DE L'ADHERENT	Omission ou déclaration inexacte (art. L 221-15 Code de la Mutualité)	<p align="center"><u>Maintien de la garantie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le risque ne s'est pas encore réalisé (les cotisations n'ont pas encore été versées) : maintien de la garantie avec une augmentation des cotisations : <ul style="list-style-type: none"> ➤ dans la limite de dix tranches supplémentaires sur l'année en cours pour les risques ponctuels ; ➤ dans la tranche majorée la plus proche de l'âge du bénéficiaire pour un risque longue durée. - Le risque s'est réalisé (les cotisations ont été versées) : les prestations sont réduites en fonction des cotisations versées par l'adhérent : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitation des prestations à 100 % du ticket modérateur sur la base de la nomenclature du régime obligatoire pour les prestations afférentes. <p>A défaut d'accord de l'adhérent, le bulletin d'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. Unimutuelles lui restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.</p>
MAUVAISE FOI DE L'ADHERENT	Réticence ou fausse déclaration intentionnelle (art. L 221-14 Code de la Mutualité)	<p align="center"><u>Nullité de la garantie si :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ; et - Le risque omis ou caché peut avoir été sans influence sur la réalisation du risque. <p>Les cotisations acquittées demeurent acquises à Unimutuelles qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.</p>

Article 11 - Date d'effet de l'adhésion

C'est la date de signature du contrat mutualiste qui sera prise en compte pour l'application des statuts, et non la demande de renseignements ou la proposition tarifaire.

L'adhésion prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des justificatifs demandés.

En cas de demande d'inscription à la Mutuelle dans les deux mois suivant une mutation interne ou externe, le souscripteur et ses ayants droit seront affiliés à Unimutuelles, avec une prise d'effet de la garantie au jour de la radiation de la précédente garantie. Il réglera ses cotisations à partir du mois de la résiliation de sa précédente garantie.

Article 12 - Information des changements de situation

Les adhérents doivent informer Unimutuelles dans un délai de 2 mois à compter du fait générateur :

- de tout changement d'activité ;
- de leur changement de domicile ;
- de tout changement de situation de famille ;
- de toute modification intervenant dans le statut d'ayant droit (par exemple, les enfants commençant à travailler).

Article 13 - Contrôle

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

Chapitre 3 - MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ADHESION

Article 14 - Changement de garantie

À tout moment, en cas de changement de garantie pour un contrat en cours, les bénéficiaires concernés se verront appliquer les dispositions de l'article 3 du présent règlement pour ce qui concerne les délais de carence, pour des risques ayant une couverture inférieure voire inexistante dans l'ancienne garantie. L'adhésion se fait au premier jour du mois qui suit la demande de modification.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent changer de garantie par notification écrite pendant un contrat en cours, sous réserve que celui-ci soit maintenu pendant une période de deux ans. Une dérogation à ces dispositions sera possible en cas de changement de situation de la famille.

Article 15 - Modification de la situation des personnes couvertes

En cas de changement de situation des ayants droit, la prise d'effet sera effective à compter du premier jour qui suit la demande, dans les cas suivants :

- mineur atteignant seize ans et souhaitant adhérer en son nom propre ;
- enfant ayant droit atteignant l'âge de 25 ans ;
- changement de situation matrimoniale ;
- adhésion à un contrat collectif obligatoire ;
- personne intégrant la Couverture Maladie Universelle ou une convention particulière ;
- conjoint, concubin ou partenaire ayant souscrit un PACS avec l'adhérent perdant le bénéfice d'un contrat collectif obligatoire et souhaitant bénéficier des garanties en tant qu'ayant droit ;
- perte du bénéfice du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- décès.

Excepté pour l'enfant ayant droit atteignant l'âge de 25 ans, Unimutuelles rembourse les trop-perçus.

L'ayant droit de l'adhérent qui perd cette qualité pourra devenir membre participant d'Unimutuelles et prétendre à la continuité de ses droits en adhérant à l'une des garanties de la Mutuelle.

Article 16 - Suspension de la garantie

La garantie est suspendue temporairement en cas de mobilisation ou de captivité, ainsi qu'en cas de service national ou de départ à l'étranger. L'adhérent devra alors justifier sa situation annuellement sous peine de radiation.

Pendant toute la période de suspension de la garantie, le bénéficiaire concerné pourra conserver le statut de membre participant de la Mutuelle sans avoir à régler de cotisations.

Chapitre 4 - FIN DE L'ADHESION

Article 17 - Résiliation en fin d'année

La radiation d'une famille ou d'un bénéficiaire ne peut être effective qu'à compter du 31 décembre. La dénonciation doit être enregistrée avant le 31 octobre de la même année suivant les modalités précisées à l'article 17 des statuts d'Unimutuelles. Il n'y aura plus de modification possible du fichier adhérent à compter de la dénonciation formalisée par le chef de famille.

Si aucune dénonciation n'est faite dans ce délai, le contrat est prolongé par tacite reconduction.

Article 18 - Résiliation en cours d'année

En cas de survenance de l'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 ;
- affiliation dans un contrat collectif à adhésion obligatoire ;

L'adhérent peut demander sa résiliation de la Mutuelle dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation, si cette modification de situation modifie réellement l'objet de la garantie. L'adhérent doit justifier sa demande en transmettant à Unimutuelles un document attestant ce changement ainsi que la carte mutualiste.

Concernant la radiation pour contrat collectif obligatoire, l'adhérent devra produire un justificatif mentionnant le détail des bénéficiaires concernés.

La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception des éléments justificatifs et de la carte mutualiste.

Par dérogation, la Commission Sociale pourra prendre en compte un effet rétroactif de la résiliation pour les adhérents prouvant leur bonne foi.

Unimutuelles rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 19 - Résiliation en cas de hausse des cotisations

En cas de hausse des cotisations supérieures à l'évolution des dépenses de santé et à l'amélioration des prestations, l'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion à condition que la demande soit notifiée par lettre recommandée à Unimutuelles, au plus tard dans les dix jours qui suivent la date à laquelle la Mutuelle a informé l'adhérent de la hausse des cotisations.

Article 20 - Fin de l'adhésion à l'initiative de la Mutuelle

Unimutuelles peut mettre fin à l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations et ce conformément à l'article 28 du présent règlement.

En référence aux dispositions de l'article 8 du présent règlement relatif à la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle, la garantie accordée au membre participant est également nulle. 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 21 - Conséquence de la résiliation

A compter de la date de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Chapitre 5 - CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS GARANTIES

Article 22 - Cotisation due

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par Unimutuelles, ainsi qu'aux frais de gestion s'y rapportant. L'adhérent verse une cotisation, pour lui et l'ensemble de ses ayants droits désignés sur le bulletin d'adhésion. Toutefois, il n'est pas demandé de cotisation à partir du troisième enfant à charge et la cotisation du mois de la naissance n'est pas due.

A ces cotisations s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des instances supérieures et à des organismes de réassurance ou coassureurs, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou les règlements de ces organismes.

Article 23 - Périodicité des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle peut être appelée de manière fractionnée par échéance semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Un échéancier des cotisations est adressé à l'adhérent en fin d'année ou au moment de l'adhésion ou de la modification de la garantie. Il précise le montant des cotisations et la période d'échéance de chacune d'elles.

Article 24 - Mode de règlement des cotisations

La cotisation est payable par virement ou prélèvement bancaire. Toutefois, en cas de paiement trimestriel, semestriel ou annuel, elle peut également être réglée par chèque ou en espèces. Les cotisations payées par les entreprises au titre des contrats collectifs sont payables par prélèvements, chèques bancaires ou virements bancaires.

Article 25 - Exonération du paiement

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de son séjour à l'étranger, s'il est couvert par un contrat lié à une activité professionnelle à l'étranger. Pendant cette période, il n'a pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle.

Dès son retour de l'étranger, le membre participant bénéficie de plein droit des avantages de la Mutuelle, pourvu qu'il s'acquitte de ses obligations statutaires. Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de ses cotisations à l'expiration du délai de 2 mois à compter du premier jour qui suit son retour, sa radiation est prononcée dans les conditions des articles 14 et 16 des statuts.

Article 26 - Conservation des droits

Il est possible à un adhérent affilié dans un autre organisme par un contrat groupe obligatoire, de déroger aux pénalités liées à une réinscription tardive à Unimutuelles en réglant une cotisation mensuelle dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale, pour une garantie familiale.

Article 27 - Membres honoraires

Les membres honoraires paient une cotisation forfaitaire fixée par l'Assemblée Générale.

Article 28 - Conséquences du défaut de paiement de la cotisation

Dans le cadre des opérations individuelles, conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, l'adhérent est tenu de régler sa cotisation dans les dix jours de son échéance.

Si le montant de la cotisation n'est pas réglé dans ce délai, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi par la Mutuelle, à l'adhérent, d'une mise en demeure de payer les cotisations. La mise en demeure est faite par lettre recommandée.

Si la mise en demeure s'avère infructueuse, Unimutuelles prononce la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours, sans autre forme de procédure. A partir de cette date, l'adhérent et ses ayants droit ne bénéficient plus d'aucune garantie.

Unimutuelles se réserve le droit de recouvrer le solde de la cotisation annuelle dû, ainsi que les frais de mise en demeure et de recouvrement.

Unimutuelles peut toutefois surseoir à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation à son échéance.

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 d'une mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas de défaut de paiement dans le cadre d'une opération collective, l'article L 221-8 du Code de la Mutualité et les dispositions spécifiques contractuelles s'appliquent.

Article 29 - Droit aux prestations

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les prestations accordées par Unimutuelles sont définies en annexe (définition annuelle).

Unimutuelles garantit les prestations dont la date de soins, la date de la facture (renouvellement d'ordonnance) ou la date de l'ordonnance, est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion, sauf application d'un délai de carence.

S'agissant de l'optique, Unimutuelles se fonde sur la date de facture pour verser les prestations.

Article 30 - Prestations garanties

Unimutuelles prend en charge, en fonction des garanties souscrites et dans les limites précisées dans celles-ci, la part complémentaire des frais de soins remboursés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. La date de soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes de remboursement du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Peuvent également être remboursées certaines prestations non couvertes par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire suivant la garantie souscrite et dans les limites de celle-ci. La date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés par les professionnels de santé ou par le Régime Obligatoire ou celle des informations traitées en échanges de données informatisés.

Article 31 - Modalités de calcul des prestations

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, ou/et de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

Le montant des prestations versées par Unimutuelles est calculé acte par acte, en fonction des garanties choisies, déduction faite des remboursements du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Unimutuelles rembourse l'adhérent sur la base des tarifs de convention. S'agissant des tarifs d'autorité, Unimutuelles les rembourse sur la base des tarifs de convention. La différence entre le tarif pratiqué par le professionnel de santé non conventionné et le tarif remboursé par le Régime Obligatoire reste à la charge de l'adhérent, sauf s'il a choisi une garantie prenant en charge les dépassements d'honoraires.

Article 32 - Modalités de remboursement

Unimutuelles rembourse les prestations et suppléments à l'adhérent sur présentation des décomptes délivrés par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire et des factures acquittées auprès des professionnels de santé. L'adhérent doit adresser à Unimutuelles les originaux de ses décomptes ainsi que les documents nécessaires à la Mutuelle pour avoir connaissance des sommes engagées par l'adhérent lorsque celles-ci ne sont pas précisées sur les décomptes.

Lorsque le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire de l'adhérent a passé une convention d'échanges informatisés avec Unimutuelles, l'adhérent est dispensé de transmettre ses décomptes à la Mutuelle. Le Régime Obligatoire adresse directement à Unimutuelles, par voie informatisée, les informations nécessaires à la Mutuelle pour le remboursement des prestations.

Lorsque des représentants des professionnels de santé et des établissements hospitaliers ont passé avec

Unimutuelles un accord de tiers payant évitant à l'adhérent de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements sont directement adressés aux professionnels de santé et aux établissements hospitaliers pour le montant que l'adhérent ne leur a pas réglé.

Article 33 - Subrogation

Unimutuelles est subrogée de plein droit à l'adhérent victime 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 de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

En cas d'accident suivi de décès, les prestations inhérentes au contrat mutualiste demeurent acquises aux ayants droit de l'adhérent qui se portent fort pour la liquidation de la prestation.

Article 34 - Forclusion - Prescription

Sous peine de forclusion, les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date du remboursement par le Régime Obligatoire et/ou de la date des factures.

Pour être recevable, toute réclamation après règlement ou refus de règlement d'une prestation doit parvenir à Unimutuelles dans les 6 mois à compter du paiement ou de la décision de refus contesté. Ce délai de 6 mois court à compter de la majorité ou du recouvrement de la capacité pour les mineurs et les incapables majeurs. Toutes les actions concernant les garanties décrites au présent règlement et relevant du Livre II du Code de la Mutualité ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions des articles L 221-11 et suivants du Code de la Mutualité, sauf dérogations prévues aux dits articles.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires de prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. En outre, l'interruption de la prescription peut résulter de l'envoi à la Mutuelle d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Chapitre 6 - TABLEAU DES GARANTIES PROPOSEES PAR UNIMUTUELLES

Article 35 - Evolution des prestations

Les prestations offertes sont déterminées en Assemblée Générale et applicables au 1^{er} janvier de chaque année civile. Elles diffèrent suivant les garanties proposées par Unimutuelles. Concernant la garantie obsèques, chaque année, l'Assemblée Générale vote la reconduction, la suppression ou la modification de la garantie, sachant que les personnes qui demanderont leur affiliation à Unimutuelles après leur 72^{ème} anniversaire ne pourront pas prétendre à la garantie obsèques.

Pour le détail des garanties, se reporter au tableau des prestations en annexe.

Article 36 - Evolution des cotisations

Le montant de la cotisation est déterminé en Assemblée Générale et applicable au 1^{er} janvier de chaque année civile, ainsi qu'en cours d'année, en cas de dérive des dépenses, conformément aux dispositions statutaires. L'âge retenu pour la fixation de la cotisation est celui de l'année en cours et non l'âge de la personne lors de son adhésion.

Chapitre 7 - RECLAMATION / MEDIATION

Pour toute réclamation relative à la gestion des cotisations ou encore des sinistres, l'assurée et/ou le bénéficiaire doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications. Si l'assuré et/ou le bénéficiaire ne reçoit pas de réponse satisfaisante, l'assuré et/ou le bénéficiaire peut adresser sa réclamation écrite par courrier postal (mentionnant les références du dossier concerné et accompagné d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à UNIMUTUELLES - Gestion des réclamations - Espace Performance Alphasis - Bâtiment N1 - 35769 SAINT-GREGOIRE CEDEX. La Mutuelle accusera réception de la demande et y répondra dans les meilleurs délais. La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par la Mutuelle ou par l'assuré ou le bénéficiaire.

En qualité d'organisme relevant du Code de la Mutualité, la Mutuelle applique l'article L 221-6-2 du Code de la Mutualité. Si un litige persiste entre la Mutuelle et l'assuré et/ou le bénéficiaire après examen de la demande par le service de réclamations, l'assuré et/ou le bénéficiaire peut saisir le médiateur indépendant auprès de l'ADPM en écrivant par courrier postal au :

COMITE DES SAGES ADPM
Service de Conciliation
32 Avenue Georges Clémenceau
34000 MONTPELLIER

Nous vous précisons cependant que le médiateur ne peut être saisi qu'après que le service réclamations ait été saisi de la demande et y ait apporté une réponse, et uniquement préalablement à toute action judiciaire relative au litige.

LEXIQUE SANTÉ

Accident : Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent : Il s'agit de la personne ayant signé le bulletin d'adhésion. Il peut être membre participant ou membre honoraire de la Mutuelle.

Année d'assurance : Elle correspond à l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Age de référence : Date anniversaire à l'adhésion. L'affiliation se fait au premier jour du mois qui suit la demande.

Assuré : Personnes désignées dans le bulletin d'adhésion. Il s'agit du souscripteur du contrat et les membres de sa famille s'ils sont inscrits au bulletin.

Ayants droit ou bénéficiaires : Sont, entre autres, considérés comme ayants droit, le conjoint de l'adhérent, légitime ou séparé, divorcé ou veuf, le concubin, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, les enfants à charge jusqu'à 25 ans, plus généralement les personnes vivant sous le toit de l'adhérent et à sa charge, ascendants, descendants et collatéraux. Ils bénéficient des mêmes prestations que l'adhérent auquel ils sont rattachés, sauf en cas de situations particulières, lorsqu'il y a ouverture de droits différents par le Régime Obligatoire au sein d'une même famille.

Carence ou période de stage : Durée pendant laquelle l'adhérent cotise sans pouvoir bénéficier des prestations. Les carences s'appliquent en fonction de l'âge du bénéficiaire, à la date de prise d'effet de l'adhésion. Pour les contrats non responsables, un mois de carence s'applique systématiquement pour l'hospitalisation sauf si un accident survient après la prise d'effet de l'adhésion.

Déchéance : Perte du droit aux prestations pour l'événement considéré.

Dépassement d'honoraires : Différence entre le tarif de convention, servant de base au remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (RO), et la somme versée au praticien.

Droit d'entrée : Versement d'une somme forfaitaire à l'adhésion, définie suivant la tranche d'âge de l'adhérent. Le droit d'entrée est unique pour la famille, en référence à l'âge d'affiliation du chef de famille.

Droit de réinscription : Il s'applique en cas de radiation pour convenance personnelle de l'adhérent ou non-paiement de cotisation. Son montant est de 76 €.

Echanges de données informatisées : Lorsque le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire passe une convention d'échanges de données informatisées avec la Mutuelle, il transmet directement les décomptes à la Mutuelle, par télétransmission, afin qu'elle rembourse la part complémentaire à l'adhérent. Celui-ci reçoit donc directement sur son compte les remboursements du RO et de la Mutuelle sans à avoir à transmettre les décomptes papiers.

Forclusion : Péremption d'un droit non exercé dans le délai imparti.

Forfait journalier : Il s'agit d'une contribution de la personne hospitalisée aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par tout séjour pris en charge par un Régime Obligatoire de Sécurité Sociale. Son montant est fixé par un arrêté ministériel. Il est actuellement fixé à 18 Euros par jour.

Garantie : Ensemble des prestations dont bénéficie le signataire du bulletin d'adhésion.

Majoration de cotisation : A partir de 58 ans, en cas de nouvelle adhésion ou après 72 ans en cas de mutation, le montant des cotisations est majoré.

Membre honoraire : Ce sont les personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou qui font des dons à la Mutuelle sans bénéficier de ses prestations. Une personne morale (une entreprise par exemple) peut devenir membre honoraire de la Mutuelle lors de la signature d'un contrat collectif.

Membre participant : Ce sont les personnes physiques qui ont fait acte d'adhésion auprès de la Mutuelle en signant un bulletin d'adhésion ou un contrat collectif souscrit par une personne morale (par l'employeur par exemple). Elles bénéficient des prestations de celle-ci et ouvrent ce droit à leurs ayants droit. On peut demander à devenir membre participant de la Mutuelle, sans l'intervention de son représentant légal, à partir de seize ans.

Mutation : Acte par lequel une personne ayant une couverture santé dans un organisme extérieur à la Mutuelle le quitte pour adhérer à la Mutuelle. La personne devra présenter un justificatif pour prouver la mutation (certificat de radiation, etc.). Les changements de groupes et/ou de section ne sont pas considérés comme des mutations. La période de carence et les droits d'entrée ne s'appliquent donc pas à ces cas.

Médecins conventionnés : Praticiens ayant passé un accord avec le Régime Obligatoire, lequel permet au patient de se faire rembourser sur la base du tarif conventionnel. Cela étant dit, certains médecins peuvent pratiquer des honoraires plus élevés.

Mutuelle : Organisme gérant des prestations complémentaires santé, régi par le Livre II du Code de la Mutualité. Les mutuelles se distinguent des compagnies d'assurances par leur but à caractère non lucratif.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur (soit, par exemple, **3 269 Euros au 1^{er} janvier 2017**).

Régime Obligatoire (R.O.) : Régime de prévoyance social auquel est obligatoirement affilié l'assuré (Sécurité Sociale, régime des travailleurs non-salariés non agricoles, régime des agriculteurs, régimes spéciaux).

Subrogation : Substitution de la Mutuelle à l'adhérent, afin d'exercer en ses lieu et place, toute poursuite contre la partie adverse (généralement utilisée en cas d'accident avec engagement de la responsabilité d'un tiers).

Tarif d'Autorité (T.A.) : Barème utilisé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer les remboursements des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux non liés par la convention nationale.

Tarif de Convention (T.C.) : Barème utilisé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer les remboursements des actes et soins dispensés par les praticiens soumis à la convention nationale.

Tarif de Responsabilité (T.R.) : Barème des valeurs affectées par la Sécurité Sociale aux différents produits et soins médicaux et sur la base desquelles se calculent les remboursements. Selon que les praticiens sont ou non soumis à la convention nationale, le tarif de responsabilité définit donc soit le tarif de convention, soit le tarif d'autorité.

Tiers Payant (T.P.) : Lorsque des professionnels de santé (notamment les pharmaciens) et des établissements hospitaliers ont passé avec la Mutuelle un accord de tiers payant, l'adhérent n'a pas à faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements étant directement adressés aux professionnels de santé et aux établissements hospitaliers pour le montant que l'adhérent ne leur a pas réglé.

Ticket Modérateur (T.M.) : En vue de freiner les dépenses de soins, le législateur a institué une participation de l'assuré appelée ticket modérateur. C'est la différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement effectué par le Régime Obligatoire. La participation de l'assuré peut varier selon les catégories de prestations, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où sont donnés les soins. Elle peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. Dans certains cas, il peut y avoir exonération ou réduction du TM en raison, soit de la nature de l'acte ou du traitement dispensé, soit de la situation particulière dans laquelle se trouve l'assuré ou ses ayants droit (personne atteinte d'une maladie inscrite sur la liste des affections de longue durée, personnes invalides, etc.).