



REGLEMENT
MUTUALISTE



RÈGLES
DE GESTION
SANTÉ



Règlement mutualiste applicable aux opérations individuelles à compter du 1^{er} janvier 2022



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

REGLEMENT MUTUALISTE

APPLICABLE AUX OPÉRATIONS INDIVIDUELLES

SOMMAIRE

CHAPITRE 1: DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1: Objet	3
Article 2: Définitions	3
CHAPITRE 2: ADHÉSION	3
Article 3: Information précontractuelle et contractuelle	3
Article 4: Bulletin d'adhésion	3
Article 5: Date d'effet	3
Article 6: Ouverture des droits	4
Article 7: Délais de carence	4
Article 8: Changement de garantie	4
Article 9: Bénéficiaires de l'aide à la mutualisation	4
CHAPITRE 3: COTISATIONS	4
Article 10: Financement de la garantie	4
Article 11: Montant des cotisations	4
Article 12: Appel de cotisations	4
Article 13: Modalités de règlement	4
Article 14: Défaut de paiement	5
CHAPITRE 4: PRESTATIONS	5
Article 15: Règles générales	5
Article 16: Contrat responsable, paniers 100% Santé et respect du parcours de soins coordonnés	5
Article 17: Règlement des prestations	6
Article 18: Règlement à l'Adhérent	6
Article 19: Règlement à un tiers, tiers payant	6
Article 20: Modalités de prise en charge des prestations, hors tiers payant	7
Article 21: Plafonds progressifs des soins prothétiques et des implants dentaires	7
Article 22: Liquidation des prestations	7
Article 23: Prestations indues	7
Article 24: Garanties exclues	7
Article 25: Subrogation	7
CHAPITRE 5: MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES	7
Article 26: Information de la Mutuelle	7
Article 27: Fausse(s) déclaration(s)	8
CHAPITRE 6: MODALITÉS DE DÉNONCIATION – RADIATION – RÉINTÉGRATION	8
Article 28: Dénonciation d'une adhésion individuelle	8
Article 29: Radiation	8
Article 30: Réintégration	8
CHAPITRE 7: LITIGES	8
Article 31: Prescription – Réclamation – Médiation – LCB-FT – Juridiction compétente	8
CHAPITRE 8: INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	9
Article 32: Protection des données personnelles	9
CHAPITRE 9: INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	9
Délais de carence – Opérations individuelles	9
Encadrement réglementaire des remboursements optiques et aides auditives	10
Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire	10

CHAPITRE 1: DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1: OBJET

Le présent règlement a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de CCMO Mutuelle, de définir le contenu des engagements réciproques existant entre les membres participants, personnes physiques et la Mutuelle en matière de prestations et de cotisations.

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés durant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par le Régime obligatoire.

ARTICLE 2: DÉFINITIONS

Définition des membres participants

Les membres participants de CCMO Mutuelle, sont les personnes physiques immatriculées sous leur propre numéro NIR (communément désigné numéro d'immatriculation de la Sécurité sociale) qui, en échange du paiement régulier de leurs cotisations, bénéficient à ce titre des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et ou ouvrent le droit à leurs ayants droit. Le membre participant est défini également sous le terme « Adhèrent » dans le présent règlement.

Les membres participants sont répartis au sein de deux collèges: le collège des individuels et le collège des collectivités, eux-mêmes constitués de groupes, savoir:

- S'agissant du collège des individuels: il comprend l'ensemble des Adhérents à titre individuel répartis en deux groupes

- particuliers,
- travailleurs non salariés appelés également professionnels indépendants, Adhérents à l'association Libr'Entreprise.

- S'agissant du collège des collectivités: il comprend deux groupes de collectivités: celui des Adhérents ayant souscrit dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, et celui des Adhérents ayant souscrit dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Définition des ayants droit

Peuvent également bénéficier du présent règlement et ont la qualité d'ayant droit les personnes physiques mineures et majeures définies à l'article 9 des statuts.

Définition des bénéficiaires

Les membres participants ou Adhérents et les ayants droit sont désignés sous le terme « bénéficiaires ».

Définition du groupe des individuels

Le collège des individuels comprend:

- le **groupe des particuliers** qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, la (les) garantie(s) frais de santé proposée(s) par la Mutuelle. L'adhésion se réalise dans le cadre d'un contrat individuel.
- le **groupe des travailleurs non salariés** qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, dans le cadre de leur activité professionnelle, la (les) garantie(s) frais de santé proposée(s) par la Mutuelle. L'adhésion se réalise dans le cadre d'un contrat individuel.

Le présent règlement concerne l'ensemble des Adhérents du collège des individuels ci-avant; le collège des collectivités étant régi par le contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle et par la notice d'information correspondante.

CHAPITRE 2: ADHÉSION

ARTICLE 3: INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE ET CONTRACTUELLE

Les futurs membres participants reçoivent avant la signature du bulletin d'adhésion sur tout support durable, conformément aux dispositions de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, les statuts, le présent règlement mutualiste, la (les) garantie(s) frais de santé, une fiche d'information dite fiche « IPID » qui décrit leurs droits et obligations et une fiche conseil.

En cas de vente à distance, ces informations sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Toute modification des statuts, du présent règlement mutualiste et de la (des) garantie(s) frais de santé est notifiée aux Adhérents sur tout support durable et pourra valablement être notifiée par voie électronique aux Adhérents ayant communiqué leur adresse courriel à la Mutuelle.

Dès la signature du bulletin d'adhésion, les membres participants consentent à recevoir de la Mutuelle une lettre recommandée électronique. En cas de refus, la Mutuelle enverra la lettre recommandée au format papier par voie postale.

Pour toute demande d'information concernant son adhésion et ses prestations, le membre participant peut s'adresser par lettre simple à:

CCMO Mutuelle - Service Relation Adhérents
6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex.

ARTICLE 4: BULLETIN D'ADHÉSION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée 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 lors de l'adhésion effectué obligatoirement par chèque, espèces (dans la limite de 1.000 € conformément à l'article L.112-6 du Code monétaire et financier), carte bancaire ou virement bancaire. Le prélèvement est subordonné au retour du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire - IBAN.

Tout contrat individuel pour lequel aucune cotisation ne sera versée à la Mutuelle devra être considéré comme non formé et sera donc de plein droit réputé n'avoir jamais existé.

ARTICLE 5: DATE D'EFFET

5-1 Prise d'effet

L'adhésion et le bénéfice des garanties prennent effet selon les modalités suivantes:

- A la date d'effet précisée sur le bulletin d'adhésion si ce dernier est dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives et parvient dans le mois au siège de la Mutuelle (*cachet de La Poste ou certificat d'horodatage faisant foi*),
- au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire à réception du dossier complet.

L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation et est indiquée sur l'attestation de couverture délivrée à l'Adhèrent.

Toute nouvelle adhésion du membre participant et de ses éventuels ayants droit implique au minimum le paiement de 12 mois de cotisation, selon les modalités prévues dans le présent règlement.

Le contrat qui lie le membre participant à la Mutuelle a une durée minimum de douze mois.

Pour toute souscription en cours d'année, le contrat prend fin à l'issue d'une période de 12 mois. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque année, par période de 12 mois.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste. La signature électronique, conforme aux dispositions décrites dans le décret n° 2017-1416 du 28/09/2017 pris pour application de l'article 1367 du Code civil relatif à la signature électronique, est équivalente à la signature manuscrite. La signature électronique du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par les statuts et le présent règlement.

5-2 Droit de renonciation

En cas d'adhésion à distance (notamment par téléphone ou internet) ou suite à un démarchage à domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à la demande de l'Adhèrent, le contrat prend effet selon les modalités prévues à l'article 5-1 ci-avant, et en tout état de cause à l'expiration du délai de renonciation visé ci-après, sauf volonté contraire de l'Adhèrent exprimée à la Mutuelle.

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité, la personne physique qui adhère au présent règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de souscription du contrat pour se rétracter 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'Adhèrent reçoit un exemplaire du présent règlement, des statuts et à défaut la fiche d'information visée à l'article 3 du présent règlement (le cachet de La Poste ou le certificat d'horodatage faisant foi) si la date de réception de ces documents est postérieure à celle du jour où l'adhésion a pris effet.

En cas de renonciation durant le délai de 14 jours:

- l'adhésion prend fin à compter de la date d'envoi par le Membre participant à la Mutuelle de la lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique. Dès lors que l'Adhèrent a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation;
- l'Adhèrent 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 rembourse à l'Adhèrent le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin d'adhésion;
- l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Adhèrent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Pour renoncer à l'adhésion, une lettre recommandée, avec accusé de réception, doit être adressée à: CCMO Mutuelle - 6 av. du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex, selon le modèle de rédaction ci-après:

"Je soussigné(e).....déclare renoncer expressément à mon adhésion à la garantie X, N°.....effectuée en date du J'ai bien noté que la garantie de mon contrat prend fin à compter de la date d'envoi de la présente lettre. Fait à, le.....".

Cette démarche peut également être effectuée par un envoi de recommandé électronique.

ARTICLE 6: OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l'objet de remboursement par la Mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du 1^{er} jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la prise d'effet de la garantie, compte tenu de l'ouverture des droits (sous réserve de l'application de la période de carence).

Le droit aux prestations prend effet à l'issue d'une période de carence. Celle-ci est déterminée à l'article 7 ci-après. Elle tient compte de l'âge de l'Adhèrent et de chaque ayant droit à la souscription.

ARTICLE 7: DÉLAIS DE CARENCE

7-1 Cas général

Les délais de carence commencent à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la mutation. Ils sont déterminés en fonction de l'âge de l'Adhèrent ou de l'ayant droit tels que visé dans le tableau figurant au Chapitre 9 du présent règlement. L'âge est déterminé au moment de l'adhésion (et non au 1^{er} janvier de l'année en cours).

Tout nouvel Adhèrent et ses ayants droit bénéficient immédiatement des remboursements du ticket modérateur (sauf pharmacie remboursée à hauteur de 15 %) et du forfait journalier hospitalier à l'exclusion des forfaits, allocations, cures, autres forfaits et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

Aucun délai de carence n'est appliqué au titre des prestations relevant des paniers 100% Santé.

7-2 Absence de délais de carence

Par dérogation, les nouveaux Adhérents pourront être exemptés des délais de carence pour les risques couverts par leur garantie, sur présentation d'un certificat de radiation, datant de moins de deux mois à la date d'adhésion, en provenance d'une autre Mutuelle relevant du Code de la mutualité ou de tout autre organisme de complémentaire santé, relevant du Code des Assurances ou du Code de la Sécurité sociale. Les nouveaux Adhérents seront également exemptés de délais de carence dès lors que la Mutuelle aura dénoncé, pour leur compte, leur contrat auprès de leur ancien organisme de complémentaire santé.

De même, le conjoint (concubin ou cosignataire du PACS) inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, tout comme le nouveau né inscrit dans les deux mois suivant la naissance et l'enfant inscrit dans les deux mois suivant l'adoption, seront dispensés de délais de carence, sous réserve que l'Adhèrent ait lui-même terminé sa période de carence.

7-3 Mutation

En cas de mutation du collège des Collectivités vers une garantie applicable aux membres du collège des individuels, aucune période de carence ne sera appliquée en cas de départ du salarié de l'entreprise, si son adhésion individuelle prend effet dans un délai de 6 mois, à compter de la date de sortie effective de l'entreprise.

ARTICLE 8: CHANGEMENT DE GARANTIE

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la Mutuelle qu'après une adhésion minimum d'un an dans le contrat en cours.

Toute demande d'extension de garantie s'appliquera avec la durée de carence correspondant à la nouvelle garantie souscrite selon les mêmes conditions que celles appliquées lors de l'adhésion. On entend par extension de garantie, la souscription de prestations complémentaires à la garantie de base pendant une durée minimale de 12 mois.

Le point de départ des délais de carence est la date d'effet de l'adhésion ou de l'extension de garantie.

Tout changement de garantie s'effectuera sans application de la durée des carences correspondant à la nouvelle garantie souscrite. On entend par changement de garantie, le changement de garantie de base [toute combinaison et/ou changement de module au sein de la gamme MODELIA est considéré comme un changement de garantie]. Les nouveaux plafonds applicables tiendront compte des consommations remboursées dans le cadre de l'application des anciens plafonds. La souscription s'effectuera pour une nouvelle durée de douze mois.

ARTICLE 9: BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE À LA MUTUALISATION

Les droits et obligations des bénéficiaires du dispositif de la Complémentaire Santé Solidaire seront régis par les dispositions prévues à l'article L.861-1 du Code de la Sécurité sociale et par la notice d'informations qui leur est remise au moment de leur adhésion.

CHAPITRE 3: COTISATIONS

ARTICLE 10: FINANCEMENT DE LA GARANTIE

Le membre participant souscripteur d'un contrat individuel, s'engage au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture de prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

ARTICLE 11: MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie et 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 en vigueur, ainsi que toute taxe à venir imposées par la réglementation.

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

Par ailleurs, la cotisation des contrats individuels peut être modulée en fonction :

- du revenu,
- de la durée d'appartenance à la Mutuelle,
- du régime de sécurité sociale d'affiliation,
- du lieu de résidence,
- du nombre d'ayants droit,
- de l'âge des membres participants.

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 suite à une évolution du Régime obligatoire. Les augmentations sont décidées par le Conseil d'administration et ratifiées par la prochaine Assemblée générale au regard des règles générales que cette dernière a adoptées.

Les modalités d'appel et de règlement des cotisations sont traitées ci-après au présent Chapitre.

ARTICLE 12: APPEL DES COTISATIONS

L'Adhèrent reçoit son appel de cotisation à l'adhésion puis une fois par an ou tous les semestres (avant le 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet). Il peut fractionner le montant de la cotisation due dans les conditions exposées à l'article 13 ci-après.

ARTICLE 13: MODALITÉS DE RÈGLEMENT

13-1 Périodicité de règlement

L'Adhèrent 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, sauf en cas :

- de résiliation infra-annuelle selon les conditions mentionnées à l'article 28 du présent Règlement mutualiste,
- de décès de l'Adhèrent selon les conditions de l'article 26 du présent Règlement mutualiste et sous réserve de la structure tarifaire de la (des) garantie(s).

En cas de paiement mensuel, le prélèvement est obligatoire. Par exception, en cas d'impayés, le règlement par chèque devient la règle, conformément à l'article 13-2-2 ci-après.

13-2-1 Règlement hors prélèvement

Le paiement des cotisations s'effectue :

- Par chèque établi à l'ordre de CCMO Mutuelle, par virement sur le compte bancaire ou postal de la Mutuelle. Dans ce cas, un relevé d'identité bancaire sera fourni à l'Adhèrent sur simple demande.
- En espèces ou par carte bancaire dans l'une des agences de la Mutuelle ou en appelant au 03 44 06 90 00.

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 des cotisations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'Adhèrent selon les procédures visées à l'article 14 du présent règlement.

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'Adhèrent, ou l'un de ses ayants droit, utilisait néanmoins sa carte de tiers payant, cela constituerait un délit.

Il n'est pas accusé réception aux règlements, sauf en cas de règlement en espèces pour lesquels un reçu est remis à l'Adhèrent. En cas de règlement par carte bancaire, le ticket ou le numéro de transaction est transmis à l'Adhèrent.

13-2-2 Règlement par prélèvement

Le paiement des cotisations par prélèvement est subordonné à l'autorisation préalable de l'Adhèrent. 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'Adhèrent doit, dans cette hypothèse, être à jour de ses cotisations au semestre ou au trimestre civil.

Chaque Adhèrent reçoit avant le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet de chaque année un avis d'appel de cotisation avec l'échéancier mensuel de règlement.

La cotisation est prélevée le 5 ou le 10 du mois ou le jour ouvrable le plus proche du 5 ou du 10 du mois. Le choix de la date de prélèvement appartient à l'Adhèrent lors de son adhésion.

En cas d'adhésion à distance, l'encaissement de la première cotisation pourra faire l'objet d'un double prélèvement en raison du délai constaté entre la date de prise d'effet du contrat et la date d'enregistrement effective du dossier d'adhésion par les services de la Mutuelle. Le double prélèvement correspondra au montant de la cotisation du mois de prise d'effet de l'adhésion, augmenté du montant de la cotisation du mois suivant. Toutefois, l'Adhèrent peut demander à régler sa première cotisation en contactant le service « Relation Adhérents » au 03.44.06.90.00.

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

Les frais de rejet, d'un montant unitaire de 10 €, sont à la charge de l'Adhèrent 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'Adhèrent selon les procédures visées à l'article 14 du présent règlement. 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'Adhèrent, 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 le 20 du mois qui précède la date de prélèvement, afin d'éviter un risque de rejet de prélèvement et donc les frais y afférents.

ARTICLE 14 : **DEFAUT DE PAIEMENT**

Les modalités de règlement des cotisations sont détaillées à l'article 13 ci-avant, du présent règlement.

En cas de défaut de paiement, la Mutuelle se réserve, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, le droit de :

- recouvrer les cotisations auprès du membre participant,
- 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 se verra facturer par la Mutuelle une somme forfaitaire de 20 € par mise en demeure, correspondant aux frais de gestion du dossier. Ce montant est fixé par le Conseil d'administration de la Mutuelle.

Les modalités de la radiation du membre participant sont prévues à l'article 29 du présent règlement.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

ARTICLE 15 : **RÈGLES GÉNÉRALES**

15-1 Définition des prestations

Les remboursements complémentaires de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le Régime obligatoire, sauf indication contraire mentionnée au tableau de garanties. Ils peuvent être exprimés en % de la base de remboursement du Régime obligatoire (BR), en % du PMSS, en € ou au ticket modérateur (TM).

En cas de désengagement du Régime obligatoire ayant pour effet une prise en charge moins importante des dépenses médicales, la Mutuelle continue à verser des prestations contractuelles en fonction du taux de remboursement du Régime obligatoire antérieur au désengagement, sauf accord exprès entre les parties et dans la limite des obligations de prises en charge imposées à la Mutuelle par la réglementation en vigueur.

Pour les praticiens non conventionnés, la Mutuelle rembourse les soins sur la base du remboursement transmis par le Régime obligatoire (Tarif d'autorité).

15-2 Soins dispensés à l'étranger

La Mutuelle peut prendre en charge les soins dispensés à l'étranger à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale française et selon les dispositions particulières prévues dans les tableaux de garantie. La Mutuelle rembourse le bénéficiaire sur la base des informations transmises par le Régime obligatoire (montants des dépenses retenues et tarifs de remboursement appliqués par le Régime obligatoire) à hauteur de la prestation indiquée sur le tableau des garanties au poste « Soins transmis par la Sécurité sociale et dispensés à l'étranger » et ce, qu'elle que soit la nature et le montant de la dépense engagée. Les soins dispensés à l'étranger et non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

15-3 Médecines douces et autres thérapies non remboursées par le Régime obligatoire

Les garanties souscrites peuvent prévoir le remboursement de tout ou partie de consultations liées à des actes de médecine douce ou de thérapies réalisés par des praticiens agréés dont la spécialité ou la pratique ne fait pas toujours l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire. Toutefois, afin de garantir une qualité de soins au Membre participant et à ses ayants droit, la Mutuelle verse des prestations si ces praticiens répondent aux critères ci-après mentionnés.

La Mutuelle rembourse le bénéficiaire pour des actes de médecines douces ou de thérapies identifiés dans ses tableaux de garanties, réalisés en France sur présentation d'une facture originale acquittée comportant obligatoirement les indications suivantes :

- Les références complètes du professionnel de santé (nom, prénom, adresse, n° ADELI ou RPPS - Répertoire Partagé des Professionnels de Santé - Finess ou autre référence française) ;
- L'identification complète du bénéficiaire ayant reçu les soins (n°RO, nom, prénom).

La Mutuelle se réserve le droit de demander tous justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

15-4 Garanties en inclusion

Les Membres participants bénéficient de prestations assurées par d'autres organismes assureurs ou de services en inclusion, sauf mention contraire exprimée dans le tableau de garantie.

Ainsi, une garantie « Assistance » et un service de « Téléconsultation médicale » sont inclus dans les garanties frais de santé.

Les conditions sont précisées soit dans la notice d'information remis à l'adhésion et disponible sur l'espace sécurisé du site internet de la Mutuelle, soit dans les Conditions générales d'utilisation disponibles sur le site internet du partenaire.

ARTICLE 16 : **CONTRAT RESPONSABLE, PANIERS 100% SANTÉ ET RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS**

16-1 Définition paniers 100% Santé

Le 100% Santé est un dispositif par lequel les Adhérents couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le Régime obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, les opticiens, les audioprothésistes et les chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».

Les contrats complémentaires santé responsables remboursent obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le Régime obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% Santé ».

16-2 Périmètre de couverture des contrats complémentaires responsables

Sauf stipulations contraires indiquées expressément dans les tableaux de prestations et conformément aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (cadre réglementaire des contrats responsables et du 100% Santé), les garanties destinées à l'ensemble des Adhérents à titre individuel prévoient :

- De couvrir au titre du contrat d'assurance maladie complémentaire :
 - Le ticket modérateur (TM) pour les soins de ville selon le respect du parcours de soins coordonnés. Toutefois, la prise en charge du TM n'est pas obligatoire pour la cure thermique, les médicaments pris en charge à 15% ou 30% par le Régime obligatoire, ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques ;
 - Le ticket modérateur pour les frais d'hospitalisation et l'intégralité du forfait journalier hospitalier ;
 - La prise en charge intégrale des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins 100% Santé ;
 - Un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% » pour les lunettes, une partie des soins et prothèses dentaires et certaines aides auditives, dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% Santé.
- D'encadrer par des plafonds et des plafonds au titre du contrat d'assurance maladie complémentaire responsable la prise en charge :
 - Des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) ;
 - Des équipements d'optique médicale et des aides auditives autres que 100% Santé (cf. chapitre 9 – informations complémentaires).

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le Ministère de la Santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

16-3 Non-respect du parcours de soins coordonnés

En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés et conformément aux limites de remboursement applicables dans le cadre des dispositions du contrat responsable, la Mutuelle applique les limites suivantes :

- la majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge par la Mutuelle ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins relevant du secteur 1 et du secteur 2 sont remboursés :
 - dans la limite de la garantie prévue à l'exception du montant forfaitaire, parfois appelé franchise, fixé dans le cadre de la Convention médicale nationale en vigueur ;
 - et dans la limite fixée par décret pour les praticiens non Adhérents au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM).

Dans l'hypothèse où le Professionnel de santé n'aurait pas informé de sa non adhésion au DPTM ou bien du non-respect du parcours de soins coordonnés, la Mutuelle peut récupérer auprès du bénéficiaire les sommes versées à tort.

16-4 Renouvellement des équipements optiques et aides auditives

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements optiques et aides auditives :

- Deux ans pour les équipements optiques pour les Adhérents âgés de 16 ans et plus à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement, sauf cas dérogatoires prévus par la réglementation,
- Quatre ans pour les aides auditives, par oreille, à compter de la date de facturation de l'aide auditive, sauf cas dérogatoires prévus par la réglementation.

La Mutuelle s'appuie sur le remboursement effectué par le Régime obligatoire, actant l'acceptation du renouvellement, pour procéder au remboursement complémentaire. Le refus ou l'annulation du renouvellement décidé par le Régime obligatoire s'impose à la Mutuelle.

ARTICLE 17: **RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

Pour le remboursement des soins, la Mutuelle s'appuie exclusivement sur les dates de soins et montants portés sur le décompte du Régime obligatoire ou sur les factures acquittées. Les dates de soins indiquées sur le décompte du Régime obligatoire ou la facture acquittée font foi, néanmoins la Mutuelle ne saurait rembourser à l'Adhérent et ses bénéficiaires :

- des soins non encore effectués par le praticien,
 - des soins qui auraient été achevés postérieurement à la date de radiation du contrat.
- Les remboursements s'effectuent dans un délai moyen de :
- 48 heures après réception des flux du Régime obligatoire ;
 - 72 heures à réception des factures acquittées accompagnées de toutes les pièces justificatives si l'Adhérent ne bénéficie pas ou n'a pas autorisé la télétransmission des informations entre le Régime obligatoire et la Mutuelle.

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 la télétransmission sous réserve que la copie de l'attestation papier de la carte vitale soit transmise à CCMO Mutuelle 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 de l'espèce des décomptes originaux de l'organisme de Régime obligatoire et des factures originales des professionnels de santé acquittées ainsi que des devis ou prises en charge éventuels, aucune photocopie n'étant acceptée ;
- à partir des pièces justificatives spécifiques liées à l'allocation versée (naissance, obsèques, etc.).

Remarques :

- Les produits, accessoires et examens non remboursables par le Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite, sous réserve de présentation des justificatifs originaux correspondants.

La Mutuelle assure le service d'allocations obsèques, naissances et diverses, versées au titre des garanties souscrites qui ne peuvent pas être réglées si l'évènement générateur intervient postérieurement à la date de résiliation ou de radiation de l'Adhérent.

L'allocation naissance ou adoption présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si l'inscription de l'enfant est effectuée dans les 2 mois de sa naissance ou son adoption et si son adhésion prend effet le premier jour du mois civil de sa naissance ou de son adoption. L'allocation naissance ne peut être versée qu'une seule fois au titre du même enfant.

L'allocation pour l'enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil, présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

L'allocation obsèques a pour objet de garantir le versement d'une prestation qui présente un caractère indemnitaire en cas de décès, durant la période d'adhésion, soit du Membre participant soit d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion. Elle n'est versée que dans l'hypothèse où des frais ont été engagés et uniquement si la garantie le prévoit.

L'âge limite de versement est précisé dans le tableau des prestations de la garantie souscrite.

L'allocation obsèques, sous réserve d'une déclaration faite dans les 6 mois à compter du décès et sous réserve que l'Adhérent était à jour de ses cotisations, est réglée :

- à l'ayant droit du bénéficiaire décédé (Adhérent, conjoint, concubin, partenaire, enfant),
 - ou à défaut, à l'héritier sur présentation d'un certificat d'hérédité délivré par le Notaire chargé de la succession,
 - ou au tiers qui a couvert les frais de pompes funèbres sur présentation d'un certificat de décès et d'une facture acquittée à son nom.
- ou aux établissements de santé, aux professionnels de santé ou autres prestataires.

Pour que la prestation soit versée, le bénéficiaire doit adresser à la Mutuelle dès que possible :

- L'acte de décès de la personne couverte,
- Une photocopie du livret de famille du défunt,
- La facture des frais d'obsèques dûment acquittée,
- La photocopie de la pièce d'identité du tiers qui a réglé les frais de pompes funèbres.

La Mutuelle se réserve le droit d'exiger tous les justificatifs nécessaires au moment du versement de la prestation.

Si les frais ont été réglés à partir du compte bancaire ou postal personnel de l'Adhérent décédé, ou dans le cadre d'une convention obsèques souscrite, de son vivant, l'allocation obsèques entre dans le cadre de la succession.

Elle est alors réglée :

- au Notaire désigné sur simple lettre de sa part et sur facture acquittée,
- à l'un des héritiers qui présentera, outre la facture acquittée, une promesse de porte-fort signée de sa main délivrée par la Mairie ou un mandat écrit des autres héritiers ou un acte de notoriété (à demander au Notaire chargé de la succession) certifiant de sa qualité d'héritier.

Le maintien des allocations obsèques, ainsi que leur montant, doivent être validés par le Conseil d'administration de la Mutuelle qui vote chaque année leur reconduction, leur modification ou leur suppression, dans le respect des règles générales adoptées par l'Assemblée générale.

ARTICLE 18: **RÈGLEMENT À L'ADHÉRENT**

18-1 Généralités

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.

Les prestations font l'objet de l'établissement d'un décompte qui est transmis à l'assuré principal ou à l'ayant droit majeur à sa demande. Elles sont réglées par virement sur le compte bancaire de l'Adhérent, à condition que ce dernier dispose d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement de crédit ne se situant pas dans un des pays jugés à risques par le GAFI (Groupe d'Action Financière) ou lui sont adressées par chèque bancaire.

Les montants des prestations sont calculés en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite.

On entend par remboursement, le montant cumulé versé par le Régime obligatoire et par tout autre organisme complémentaire y compris la Mutuelle. Le montant des remboursements des dépenses de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'Adhérent.

18-2 Contrats multiples

Les garanties de même nature souscrites auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat individuel peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les Adhérents sont tenus de faire connaître les remboursements effectués par les autres organismes assureurs auprès desquels ils ont contracté des garanties de même nature. Il est précisé que lorsque les contrats complémentaire santé cumulés sont responsables, la prise en charge maximale est appréciée dans sa globalité, c'est-à-dire que le cumul des remboursements doit être inférieure ou égal aux maxima prévus par la réglementation relative aux contrats responsables.

Dans le cas où le membre participant refuse les échanges Noémie entre le Régime obligatoire et la Mutuelle et que celui-ci est couvert par un organisme complémentaire santé autre que la Mutuelle, il s'engage à lui communiquer toutes pièces justificatives nécessaires pour effectuer le remboursement des prestations. En outre, la Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant, soit une attestation écrite de l'organisme assureur tiers, soit une copie du contrat souscrit auprès de cet organisme.

18-3 Subrogation

Lorsque l'Adhérent ou un ayant-droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, CCMO Mutuelle dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur dans les conditions fixées à l'article 25 du présent règlement.

Le membre participant atteint de blessures imputables à un tiers, et/ou, le cas échéant à son employeur, doit en informer CCMO Mutuelle lors des formalités de demande de prestations.

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 19: **RÈGLEMENT À UN TIERS, TIERS PAYANT**

Pour certains actes et prescriptions, la Mutuelle peut régler tout ou partie des honoraires et frais médicaux directement aux praticiens, professionnels de santé et/ou établissements ayant passé une convention avec elle.

Cette modalité, appelée « tiers payant », ne pourra être appliquée que sous réserve de la réglementation des pouvoirs publics. Par ailleurs, le tiers payant peut être limité au seul ticket modérateur des tarifs servant de base au remboursement du Régime obligatoire. Il n'est possible que pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés avec le Régime obligatoire et/ou la Mutuelle, sauf obligation contraire imposée par la loi ou la réglementation. La convention de tiers payant signée entre le Professionnel de Santé et la Mutuelle définit les droits et obligations de chacun.

19-1 Carte de tiers payant

L'obtention du Tiers payant nécessite la présentation de la carte de tiers payant en cours de validité, comportant les droits ouverts pour le bénéficiaire à la date des soins ou de facturation (produits pharmaceutiques par exemple).

Cette carte permet aux Adhérents et ayants droits de bénéficier du tiers payant uniquement pour les risques mentionnés sur celle-ci et suivant les accords passés avec les professionnels de santé.

Cette carte nominative est STRICTEMENT PERSONNELLE. Elle ne peut en aucun cas être utilisée par quelqu'un ne figurant pas nominativement sur la carte.

La carte de tiers payant porte les droits ouverts jusqu'au 31 décembre de chaque année, sauf en cas de règlement fractionné de la cotisation par un moyen autre que le prélèvement. En cas d'impayés, la carte de tiers payant pourra, selon le stade de suivi d'impayés, être émise pour une période de droits correspondant aux acquittements de cotisations de l'Adhérent.

Un duplicata de carte papier peut être délivré à la demande de l'Adhérent.

Pour bénéficier du tiers payant, le bénéficiaire doit présenter obligatoirement, la carte de tiers payant en cours de validité ainsi que la carte Vitale (ou l'attestation papier) au Professionnel de santé.

19-2 Modalités complémentaires

Le tiers payant se fait sur la base de 100 % de la base de remboursement (BR) des

Régimes obligatoires (Sécurité sociale, etc.), sauf accords spécifiques, notamment pour la radiologie pour laquelle le Professionnel de santé pourra pratiquer le tiers payant au taux indiqué sur la carte de tiers payant. De façon générale, si l'Adhèrent est amené à régler les suppléments d'honoraires, celui-ci devra en demander le remboursement à la Mutuelle en produisant le décompte du Régime obligatoire (Sécurité sociale, etc.) et les pièces justificatives des dépenses. Les suppléments lui seront alors remboursés par la Mutuelle dans le cadre des garanties souscrites, selon les procédures habituelles.

Lorsque le bénéficiaire n'utilise pas le tiers payant pour la part complémentaire, alors qu'il l'a utilisé pour la part Régime obligatoire, il devra fournir à la Mutuelle les justificatifs de paiement de la part complémentaire afin d'en obtenir le remboursement.

L'utilisation de la carte de tiers payant par l'Adhèrent qui n'est pas à jour de ses cotisations de Mutuelle ou par l'ayant droit qui n'est plus couvert par l'Adhèrent constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

19-3 Prise en charge et devis

En cas d'hospitalisation, d'actes dentaires (hors soins), d'équipement optique et/ou lentilles ou d'appareillage auditif, l'Adhèrent peut demander à la Mutuelle un devis pour l'estimation de son reste à charge.

L'estimation tient compte de la garantie dont il bénéficie et des éventuels remboursements déjà intervenus sur le poste au titre de l'année civile ou depuis la date de dernière consommation s'agissant des postes optiques ou audioprothèses. Cette estimation n'est pas un engagement de remboursement de la Mutuelle. Le devis est valable jusqu'à la fin de l'année civile, sous réserve de la validité du contrat et du paiement des cotisations à la date de réalisation des soins et des remboursements effectués entre la date du devis et la date de réalisation des soins.

Le Professionnel de Santé peut également demander à la Mutuelle une estimation de la prise en charge du remboursement pour le compte de l'Adhèrent. Cette demande peut être subordonnée à la production de certains justificatifs demandés par la Mutuelle. A ce titre, notamment dans le cadre de la prise en charge des équipements optiques, l'Adhèrent donne son consentement conformément aux dispositions prévues à l'article 32 sur la protection des données personnelles, pour la transmission par l'opticien à la Mutuelle des données le concernant, telles que les codes LPP et les informations de correction visuelle.

L'engagement de prise en charge transmis par la Mutuelle au Professionnel de Santé est valable trois mois à compter de son édition sous réserve de la validité du contrat de l'Adhèrent et du paiement des cotisations à la date de facturation et des remboursements que la Mutuelle aurait eu à effectuer entre la date de la prise en charge et la date de facturation. Dans le cas de soins réalisés postérieurement à la période de validité indiquée, les montants remboursables pourront être différents de ceux mentionnés sur la prise en charge délivrée.

ARTICLE 20: 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 les bénéficiaires sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- décompte original du Régime obligatoire le cas échéant et/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 21: PLAFONDS PROGRESSIFS DES SOINS PROTHÉTIQUES ET DES IMPLANTS DENTAIRE

Dans le cadre de certaines garanties, un plafond annuel peut être versé en cas de pose d'implant dentaire.

Dans le cadre de certaines garanties, des plafonds progressifs sont prévus en cas d'adhésion ou de mutation sur le poste :

- Soins prothétiques dentaires relevant du panier de soins à tarifs libres,
- Soins prothétiques dentaires relevant du panier de soins à tarifs maîtrisés dans la limite des honoraires limites de facturation,
- Implantologie dentaire non remboursée par le Régime Obligatoire.

Les soins prothétiques dentaires relevant du panier de soins 100% Santé ne sont pas concernés par le présent dispositif.

Les remboursements de la Mutuelle sont limités à 1/3 du plafond indiqué la 1^{ère} année d'adhésion, au 2/3 du plafond indiqué la 2^{ème} année d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la 3^{ème} année d'adhésion.

Lorsque les soins sont réalisés sur deux années, le calcul des plafonds applicable sera réalisé prorata temporis.

En cas de changement de garantie dans la même gamme de garanties, la tranche de plafond atteinte sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

En cas de changement de garantie proposant également un plafond de garantie progressif sur 3 ans, pour les prothèses dentaires, la tranche de plafond atteinte sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

ARTICLE 22: LIQUIDATION DES PRESTATIONS

Toutes les demandes de paiement des prestations doivent être produites auprès de la Mutuelle dans le délai de prescription défini à l'article 31-1 du présent Règlement.

ARTICLE 23: PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'un des bénéficiaires 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 prend en charge les dépenses relatives aux prestations donnant lieu à une prise en charge du Régime obligatoire et pour lesquelles le bénéficiaire peut justifier d'un décompte de remboursement. Le niveau de prise en charge de ces dépenses par la Mutuelle est défini dans la (les) garantie(s) souscrite(s).

En principe, 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.

Cependant, par dérogation, la Mutuelle peut les prendre en charge si ceux-ci sont expressément définies dans les tableaux de garanties.

Les remboursements correspondent aux garanties souscrites et aux barèmes de prestations, dans la limite du montant ou du nombre pour lesquels la Mutuelle s'engage à participer.

Dans le cadre du contrat responsable, ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire de 1 € déduite par le Régime obligatoire à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation ;
- les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (la majoration du ticket modérateur, la franchise sur les dépassements d'honoraires) ;
- les franchises médicales (le montant de la franchise est plafonné par an et par assuré à 50 € pour l'ensemble des actes et prestations concernés) ;

La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents au DPTM est au moins inférieure de 20 % à celle des dépassements d'honoraires des praticiens adhérents au DPTM et limitée au maximum à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

ARTICLE 25: SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L.224-8 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. La part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément ne peut être récupérée par la Mutuelle, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le Membre participant et ses ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

En cas de mauvaise foi de la part de l'Adhèrent 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'Adhèrent ou à ses ayants droit, l'intégralité des dépenses que la Mutuelle a engagées pour son Adhèrent.

De même, si l'Adhèrent 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 adapté.

CHAPITRE 5: MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

ARTICLE 26: INFORMATION DE LA MUTUELLE

Seul l'Adhèrent (souscripteur du contrat) et non l'ayant droit, a la faculté de modifier son contrat individuel.

Il doit communiquer tout changement qui pourrait intervenir pour lui et/ou ses ayants droits tels que l'état civil, la situation familiale, la situation vis-à-vis du Régime obligatoire, la domiciliation, les coordonnées bancaires, un 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.

Si la modification est effectuée via le site internet de la Mutuelle, la copie des pièces justificatives peut être transmise par voie électronique exclusivement par l'intermédiaire de l'espace sécurisé du site internet de la Mutuelle. La copie, alors transmise, sera acceptée si elle constitue la reproduction fidèle et durable de l'ori-

ginal au sens de l'article 1379 du Code Civil. La Mutuelle se réserve le droit de demander à tout moment à l'Adhèrent de lui fournir les originaux des justificatifs concernés, en mains propres ou par voie postale.

Dans certains cas, les modifications pourront être enregistrées sur simple appel téléphonique ou dans les agences de la Mutuelle. L'inscription d'un ayant droit en cours d'année implique au minimum son adhésion sur 12 mois consécutifs, sauf en cas de dénonciation du contrat de l'adhérent dès lors que ce dernier a effectué ses 12 mois d'adhésion minimum. Dans ce cas, le Membre participant doit compléter un bulletin individuel d'adhésion accompagné des pièces justificatives ce qui permettra de modifier son dossier d'adhésion et de réviser sa cotisation.

En cas de décès de l'Adhèrent porté à la connaissance de la Mutuelle, la radiation du contrat individuel sera effective, en l'absence d'autres ayants droit, le lendemain du jour de survenance du décès sur la base des informations transmises par tout héritier de l'Adhèrent. Le remboursement de cotisations indues pourra être versé à tout héritier de l'Adhèrent sur présentation des justificatifs visés à l'article 17 du présent Règlement mutualiste s'agissant du versement de l'allocation obsèques.

En cas de décès de l'Adhèrent, pour lequel le contrat individuel couvre un ou plusieurs ayants droit, la radiation dudit contrat sera effective le dernier jour du mois de survenance de l'événement permettant la mise à jour de la cotisation et à [aux] l'ayant[s] droit de souscrire un autre contrat individuel frais de santé. De même, en cas de décès d'un ayant droit, sa radiation sera effective le dernier jour du mois de survenance de l'événement.

ARTICLE 27: FAUSSE(S) DECLARATION(S)

27-1 Fausse déclaration intentionnelle

Au regard de l'article L221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhèrent 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'Adhèrent a été sans influence sur la réalisation du risque.

L'Adhèrent est informé des fautes qui lui sont reprochées et est invité à fournir les explications nécessaires.

La Mutuelle peut prononcer l'annulation des prestations ou des droits lorsque la faute est en lien avec le versement des prestations ; elle se réserve alors le droit de poursuivre l'adhérent pour la récupération des sommes indûment payées ; elle a la faculté de constater la résiliation de plein droit du contrat.

Dans ce cas, les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues, sans préjudice des poursuites à engager contre l'Adhèrent pour le recouvrement des prestations indûment payées.

En cas de fraude, c'est-à-dire en cas d'irrégularité, acte ou abstention commis de manière intentionnelle par l'Adhèrent, et ayant pour effet de causer à la Mutuelle un préjudice, les dispositions ci-avant s'appliquent.

27-2 Fausse déclaration non intentionnelle

Au regard de l'article L221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhèrent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent Règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhèrent ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhèrent par lettre recommandée ou par envoi d'un recommandé électronique. La Mutuelle restitue à celui-ci la fraction 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'Adhèrent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

CHAPITRE 6:

MODALITES DE DENONCIATION – RADIATION – RÉINTEGRATION

ARTICLE 28: DENONCIATION D'UNE ADHESION INDIVIDUELLE

La dénonciation de l'adhésion individuelle par le membre participant ou par le nouvel organisme assureur agissant en qualité de mandataire ne peut s'exercer avant l'accomplissement d'une adhésion minimum de 12 mois, à l'exception des dispositions prévues par l'article L.221-17 du Code de la mutualité. De même, en cas de changement de garantie en cours d'année, la dénonciation ne peut intervenir avant l'accomplissement d'une adhésion minimum de 12 mois dans cette nouvelle garantie.

Elle doit être notifiée au siège de la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- Deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion individuelle, par lettre simple, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.
- A l'expiration du délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat complémentaire santé, par lettre simple ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, la résiliation prenant effet un mois après la réception de la notification de dénonciation par la Mutuelle. En cas de dénonciation de l'adhésion individuelle par un autre organisme assureur pour le compte de l'Adhèrent, la demande accompagnée d'un mandat doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée ou recommandé électronique. Dans ce cas, la Mutuelle et le nouvel organisme assureur s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture frais de santé de l'Adhèrent.

Par dérogation au droit de dénonciation à l'échéance annuelle, l'Adhèrent qui rejoint un contrat collectif obligatoire doit notifier sa demande au siège de la Mutuelle selon les modalités suivantes :

- par lettre simple, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à laquelle sont jointes l'attestation de l'employeur qui a souscrit un contrat obligatoire et les cartes tiers payant de la Mutuelle en cas de dénonciation de l'adhésion en cours d'année.

Cette dénonciation prend effet à la fin du mois qui suit la réception de l'ensemble de ces documents, sous réserve que l'Adhèrent soit à jour de ses cotisations.

Enfin, 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'Adhèrent du droit à dénonciation du contrat individuel doit être rappelée par la Mutuelle 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'Adhèrent 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 individuel. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste ou de la certification par un horodatage.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions énoncées ci-avant, l'Adhèrent peut mettre un terme au contrat individuel, sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction en envoyant une lettre simple, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au siège de la CCMO.

Cette dénonciation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste ou de la date de notification.

Dans tous les cas, l'Adhèrent est redevable 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 dénonciation. La Mutuelle rembourse le cas échéant à l'Adhèrent le solde de cotisations, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date d'effet de la radiation.

ARTICLE 29: RADIATION

Les membres participants n'ayant pas payé leur cotisation voient leur garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la Mutuelle, après application de la procédure visée à l'article 14 du présent règlement.

Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement, par tous moyens jugés nécessaires par la Mutuelle, des sommes dues jusqu'au terme du contrat en cours.

Lorsque la radiation est prononcée, l'Adhèrent doit se mettre à jour de la cotisation jusqu'au terme du contrat en cours et restituer sa carte de tiers payant.

L'Adhèrent radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard à la date d'effet de la radiation.

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

En cas de procédure collective ouverte à l'encontre d'un Adhèrent Professionnel indépendant exerçant son activité, sous forme de société civile ou commerciale, les cotisations dues sont de plein droit présumées constituer une dette de cette société, à défaut de preuve contraire fournie par l'Adhèrent à la Mutuelle.

ARTICLE 30: RÉINTEGRATION

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

CHAPITRE 7: LITIGES

ARTICLE 31: PRESCRIPTION-RÉCLAMATION-MÉDIATION-LCB-FT-JURIDICTION COMPÉTENTE

31-1 Prescription

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement existant entre le membre participant et la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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 membre 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 à l'article L. 111- 1- 1°-b) du Code de la mutualité, 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.

ARTICLE 32: **PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Les données personnelles recueillies, au titre du contrat complémentaire santé conclu, font l'objet d'un traitement conforme aux obligations applicables en la matière, notamment prévues par le Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016 et la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Ces traitements ont pour finalités la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, et la prospection commerciale ; l'amélioration de notre service au client ; les études statistiques, enquêtes et sondages ; la mise en place d'actions de prévention ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Par la signature de la fiche conseil et du contrat, l'Adhérent consent au traitement de ses données personnelles et de celles de ses éventuels ayants droit par la CCMO Mutuelle. L'Adhérent est informé de la possibilité de retirer son consentement à tout moment. Dans le cadre de la souscription et de l'exécution d'un contrat d'assurance, la collecte de ces données est obligatoire et permet à la CCMO de satisfaire à son devoir de conseil, d'exécuter et de gérer le contrat.

Les traitements utilisés par la CCMO reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent est partie ou l'exécution des mesures précontractuelles prises à sa demande ;
- le respect d'une obligation légale à laquelle la CCMO est soumise ;
- l'intérêt légitime poursuivi par la CCMO notamment la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherches et de développement ;
- le consentement que l'Adhérent a donné.

À ce titre, CCMO Mutuelle est amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à l'état de santé de l'Adhérent et celui de ses éventuels ayants droit. Ce traitement s'effectue dans le respect du secret médical.

Les données personnelles sont traitées par les salariés de CCMO Mutuelle chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats et par ses éventuels partenaires. Elles peuvent être transmises, si et seulement si cela est nécessaire aux personnes intervenant au contrat (avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité), organismes sociaux ou aux tiers autorisés ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion du contrat frais de santé, la finalité du traitement, ou pour satisfaire aux obligations légales (délai de prescription) de la CCMO.

Conformément à la réglementation en vigueur, l'Adhérent peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données, définir les directives relatives à leur sort après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement en s'adressant au Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 Beauvais Cedex, ou par courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, l'Adhérent peut également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

En outre, conformément au décret n°2015-556 du 19 mai 2015 relatif à la liste d'opposition au démarchage téléphonique, l'Adhérent dispose aussi d'un droit d'inscription sur cette liste. >

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressée 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 prestations.

31-2 Réclamation

En cas de questions ou réclamations concernant son contrat individuel, l'Adhérent peut appeler l'accueil téléphonique de la Mutuelle au 03.44.06.90.00 (métropole) ou 02.62.25.08.08 (Ile de La Réunion) en se munissant au préalable des caractéristiques de son contrat et en particulier son numéro d'Adhérent, pour accélérer le traitement de sa demande. En cas de persistance du conflit, les réclamations peuvent être adressées au service Réclamations de la Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 74 des statuts.

31-3 Médiation

En cas de difficultés dans l'interprétation du règlement mutualiste, ou en cas de différence entre les présentes dispositions et les informations figurant au(x) tableau(x) des garanties, c'est la disposition la plus favorable à l'Adhérent qui est retenue.

Dans tous les cas de difficultés d'application ou d'interprétation du règlement mutualiste et dans l'hypothèse où l'Adhérent et la Mutuelle ne parviendraient pas un accord, l'Adhérent peut faire appel au médiateur de CCMO Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 74 des statuts.

31-4 Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (LCB-FT)

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux les Adhérents.

La Mutuelle est fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux Adhérents certaines informations complémentaires, telles que la justification de l'origine des fonds versés à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

31-5 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 survenant dans 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 Beauvais, même en cas de pluralité de défendeurs.

CHAPITRE 9 :
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

1 Délais de carence - Opérations individuelles

GARANTIE / ÂGE DE L'ADHÉRENT ET DE LA PERSONNE PROTÉGÉE	CODE	JUSQU'À 55 ANS	DE 55 À 70 ANS	PLUS DE 70 ANS
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Chambre particulière et frais de séjour et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radio et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation enfant né sans vie	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres Garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

2 Encadrement réglementaire des remboursements optiques et aides auditives [en application du décret n° 2019-21 du 21 janvier 2019]

2-1 Equipements optiques

Dès lors que la garantie prévoit un remboursement de l'équipement optique supérieur au ticket modérateur, la garantie doit prévoir un remboursement ne pouvant être inférieur au minimum et supérieur au maximum définis par la réglementation. Le remboursement total de la monture et des verres ne peut pas excéder les maximums définis par la réglementation. Par remboursement total, il faut entendre la somme des remboursements perçus par le Régime de base et par les différents Régimes complémentaires.

Remboursements équipements optiques encadrés réglementairement	Minimum	Maximum
1 monture + 2 verres simples	50 € (*)	420 € (*)
1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	125 € (*)	560 € (*)
1 monture + 2 verres complexes	200 € (*)	700 € (*)
1 monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	125 € (*)	610 € (*)
1 monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 € (*)	750 € (*)
1 monture + 2 verres très complexes	200 € (*)	800 € (*)
(*) dont monture	100 % BR	100 €

Grille de définition des verres telle que fixée par l'arrêté du 3 décembre 2018

CYLINDRE	VERRES UNIFOCAUX			VERRES MULTI-FOCAUX / PROGRESSIFS		
	0 dioptrie]0-4] dioptries]4 dioptries et +	0 dioptrie]0-4] dioptries]4 dioptries et +
SPHÈRE	-	2	6	-	-	8
]-12 dioptries et +						
]-12 à -8] dioptries						VERRES TRÈS COMPLEXES
]-8 à -4] dioptries						
-6						
]-4 à -2] dioptries						
]-2 à 0] dioptries	VERRES SIMPLES			VERRES COMPLEXES		
]0 à 2] dioptries						
]2 à 4] dioptries						
]4 à 8] dioptries						
]8 à 12] dioptries	6					
]12 dioptries et +						

2-2 Aides auditives

Le remboursement total de l'aide auditive ne peut pas excéder le maximum défini par la réglementation. Par remboursement total, il faut entendre la somme des remboursements perçus par le Régime de base et par les différents Régimes complémentaires.

Remboursement aide auditive encadré réglementairement	Maximum
Aide auditive adulte (âge > à 20 ans)	1700 €
Aide auditive enfant (âge < ou = à 20 ans) ou personne atteinte de cécité	1700 €

3 Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire

LISTE B - VACCINATIONS PRESCRITES NON REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Méningocoécéphalite à tiques
Hépatite A
Méningite à virus A
Leptospirose
Typhoïde
Fièvre jaune
Rage

CCMO Mutuelle
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
CS 50993
60014 Beauvais Cedex

Tel: 03 44 06 90 00
Fax: 03 44 06 90 01

Courriel: accueil@ccmo.fr

Règlement applicable à compter du 1^{er} janvier 2022 ratifié par l'Assemblée générale du 28 mai 2021
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073