



Landes mutualité
Allée de la Capère
40016 Mont de Marsan

Numéro d'immatriculation : 782099196

REGLEMENT MUTUALISTE

CHAPITRE I

Dispositions générales

Article 1 - OBJET ET MODIFICATION DU REGLEMENT

Le présent règlement , établi par LANDES MUTUALITE, conformément au Code de la Mutualité et l'article 4 des statuts, a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement est adopté par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration.

Article 2- DEFINITIONS

- **Délai de stage** : Période pendant laquelle l'adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

- **Tarif de responsabilité (TRSS) ou tarif de convention de la Sécurité sociale** : Tarif forfaitaire fixé par voie conventionnelle ou réglementaire pour les actes pratiqués par les professionnels de santé et servant de base au remboursement de la sécurité sociale.

- **Ticket modérateur** : Fraction de dépense de frais de soins laissés à la charge de l'adhérent et correspondant à la différence entre le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et le remboursement de celle-ci.

<u>Montant facturé par le professionnel de santé</u>		
Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale		Dépassement
Remboursement Sécurité sociale	Ticket modérateur (remboursement mutuelle)	Pris en charge ou non par la Mutuelle en fonction du produit souscrit.

- **Tarif de convention (mutuelle)** : C'est le tarif facturé à la mutuelle par un tiers ou un établissement de soins et qui est le résultat d'une convention passée entre les deux parties.

- **Forfait journalier hospitalier** : Montant journalier non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans le cadre d'une hospitalisation.

- **Tiers payant** : Paiement direct, total ou partiel par la mutuelle des frais médicaux ou d'hospitalisation laissés à la charge de l'adhérent.

CHAPITRE II

Adhésions et cotisations

Article 3 - FORMALITES D'ADHESION

Les membres participants peuvent faire bénéficier des prestations et services de la mutuelle les membres de leur famille tels que définis à l'article 6 des statuts.

Il peut être souscrit des contrats collectifs dans le cadre d'entreprise ou de personnes morales, ces contrats peuvent avoir un caractère facultatif ou un caractère obligatoire.

Les contrats collectifs qu'ils aient un caractère facultatif ou obligatoire, sont des contrats révisables annuellement, sauf en cas d'évolutions législatives et réglementaires du Régime de Sécurité Sociale ou par application des dispositions de l'article 7.3 des présents règlements.

Les contrats ayant un caractère obligatoire sont souscrits par l'ensemble du personnel de l'entreprise ou d'une catégorie du personnel de l'entreprise ou de l'ensemble des personnes constituant la personne morale.

Toute adhésion à la mutuelle est subordonnée à l'établissement d'un bulletin d'adhésion ou figurent notamment :

- Nom et prénoms
- Situation de famille (la mutuelle se réserve le droit de demander les pièces justificatives).
- Age
- Adresse complète
- Activité professionnelle
- Régime obligatoire de sécurité sociale
- Liste des bénéficiaires accompagnée des documents attestant de leur situation
- Choix de la garantie par bénéficiaire
- Périodicité choisie pour le paiement des cotisations
- Mode de paiement des cotisations
- Le cas échéant doivent être fourni également :
- une attestation d'attribution de la C.M.U.
- un certificat de radiation (avec justificatif du détail des prestations prises en charge dans le contrat précédent)
- tout justificatif concernant la situation de l'adhérent

Article 4 - DATE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion à la mutuelle prend effet, au premier jour du mois de réception du bulletin d'adhésion.

Pour les contrats collectifs, le point de départ de l'adhésion est déterminé d'un commun accord entre la mutuelle et le ou les représentants légaux de la collectivité ayant mandat de négociation du contrat. Le présent contrat ne peut être antérieur à la date du début de la négociation.

Article 5 - INCIDENCE DE L'ÂGE A L'ADHESION

Toute personne âgée de plus de 70 ans, qui adhère à la mutuelle pour se garantir du risque maladie et/ou hospitalisation, paie une cotisation majorée pour la durée de son adhésion.

Article 6 - STAGES

Les membres participants et les membres de leur famille tels que définis à l'article 6 des statuts bénéficient des avantages de la mutuelle qu'après avoir accompli un stage fixé à 3 mois pour toutes les prestations, à six mois pour les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'optique, et à dix mois pour le risque maternité (y compris la prime de naissance).

Sont dispensés de stage :

- Les adhérents qui viennent par mutation d'un organisme mutualiste, d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurance et qui optent pour des garanties équivalentes ou inférieures.
- Le nouveau né de parents adhérents ayant terminé la période de stage, dont l'inscription à la mutuelle est demandée dans les douze mois suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'effet étant fixée au vu de la pièce officielle.
- Les personnes demandant leur adhésion dans le cadre d'actions spécifiques.

Dans tous les cas de dispense de stage, seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits postérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Article 7 - MODIFICATIONS EN COURS D'ADHESION

Article 7.1 – Modification de la situation de l'adhérent

Toute modification en cours de contrat de la situation du membre participant ou de sa famille telle que figurant sur le bulletin d'adhésion doit être signalée immédiatement.

Article 7.2 – Changement de garantie en cours d'adhésion

Le changement de garantie prend effet, au premier jour du mois suivant la demande de changement.

Si l'adhérent désire augmenter ses garanties, les stages prévus à l'article 6 du présent règlement sont appliqués pour les nouvelles garanties. Pendant ce délai, l'adhérent bénéficie toujours des prestations correspondant à l'ancienne garantie. Au-delà de l'âge de 70 ans un adhérent pourra augmenter ses garanties et sera soumis aux mêmes règles que celles prévues dans l'article 5 du présent règlement.

S'il s'agit d'une baisse de garantie elle ne peut être prise en compte que si l'adhérent a cotisé au moins douze mois dans la garantie précédente. Toutefois, il peut être dérogé à cette disposition quand l'adhérent établit que des circonstances particulières, notamment économiques, lui imposent de procéder à cette réduction ou lorsqu'une garantie inclue des dispositions spécifiques.

Article 7.3 – Modification à l'initiative de la mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée générale de la mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications des garanties, des montants de cotisations ainsi que des prestations, s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Conformément à l'article L.114-8 dernier alinéa du Code de la mutualité, la mutuelle prend en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Article 7.4 – Démission, radiation, décès

La démission ou la radiation du membre participant entraîne de fait celles des membres de sa famille tels que définis à l'article 6 des statuts, sauf demande particulière dûment formulée.

La démission est adressée sous pli recommandé à la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 1^{er} novembre de l'année en cours. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

Dans le cas de décès, la radiation intervient au 1^{er} jour du mois suivant la date du décès, les cotisations n'étant dues que jusqu'à cette date.

Dans le cas où l'adhérent demande sa radiation pour motif de mutuelle d'entreprise à caractère obligatoire, la radiation intervient au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la notification.

La demande de radiation de la garantie individuelle est possible lorsque les conditions liées au champ de recrutement ne sont pas remplies.

Il faut que le changement survenu modifie substantiellement le jeu de la garantie. Un simple changement de domicile ou de situation patrimoniale sans impact sur le montant ou le jeu de la garantie ne permet pas une résiliation anticipée.

Exemples:

- changement de domicile: déplacement entraînant un changement de régime de base (ex: départ à l'étranger)
- changement de situation matrimoniale: si celui-ci modifie le jeu de la garantie (ex: divorce alors que le conjoint était garanti)
- changement de profession pour les mutuelles professionnelles (ex: passage du secteur privé au secteur public dans une mutuelle de fonctionnaires).

Dans tous les cas la radiation prend effet le 1^{er} mois après réception de la notification (**article L. 221-17 du Code de la Mutualité**).

Article 8 - MUTATION

Toute personne souhaitant adhérer par voie de mutation doit produire un certificat de mutation, accompagné d'un document permettant de vérifier la nature des garanties souscrites auprès du précédent organisme. Ces documents doivent être produits dans les deux mois qui suivent la date de radiation du précédent organisme, sous peine de forclusion qui entraîne la perte des avantages liés à la mutation.

Article 9 - COTISATIONS

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, pour eux même et les membres de leur famille bénéficiaires. Celle-ci est affectée à la couverture des

prestations garanties par la mutuelle. Cette cotisation peut être revalorisée en cours d'année sur accord du Conseil d'administration et validation par l'Assemblée générale.

Le paiement de la cotisation peut être annuel ou fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. Le paiement intervient à la date de paiement indiquée sur le bulletin d'adhésion.

La cotisation est exigible au premier jour civil de chaque période et doit être réglée à la mutuelle dans les 15 jours qui suivent l'exigibilité lorsqu'il s'agit d'une cotisation non prélevée. Dans le cas d'une cotisation prélevée, l'opération de prélèvement aura lieu au jour d'échéance choisi par l'adhérent, jour se situant dans l'un des 15 premiers jours civils de chaque période. Dans tous les cas, si la cotisation se trouve impayée à la date d'échéance, un délai supplémentaire de 10 jours sera accordé avant l'envoi d'une lettre de mise en demeure (**réf. Article 11 du présent règlement**).

Dans le cas de contrats groupes et en accord avec la mutuelle les cotisations peuvent être prélevées sur le salaire et versées à terme échu. Toutefois le paiement mensuel ne pourra se faire que par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois, ne constitue qu'une facilité de paiement accordée à l'adhérent, qui ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Elle est fixée forfaitairement suivant :

- La garantie choisie ;
- L'âge de l'adhérent défini à l'article 10 du règlement mutualiste.

Schéma des règles de gestion du paiement des cotisations.

Délai 15 jours	J J+15	- Exigibilité : le premier jour civil de cette période. - Echéance : le quinzième jour civil de cette période.
Délai 10 jours	J+25	- Mise en demeure : 10 jours après la date d'échéance si cotisation impayée (envoi d'un courrier par Landes Mutualité).
Délai 30 jours	J+55	- Suspension des droits aux prestations et mise en recouvrement de la cotisation : 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure si cotisation impayée (externalisation vers une société de recouvrement des cotisations).
Délai 60 jours	J+115	- Résiliation du contrat : 60 jours après la suspension des droits aux prestations si cotisations impayées.

Article 10 - CALCUL DES COTISATIONS

Article 10.1 – Fixation et évolutions des cotisations

Les cotisations sont fixées par l'Assemblée générale de la mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée générale de la mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 10.2 – Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont déterminées en fonction d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros. Elles sont fonction de l'âge et peuvent évoluer ultérieurement régulièrement en fonction de cet âge.

Elles peuvent varier en fonction du revenu ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants, de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence.

Elles intègrent le prélèvement lié à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements.

Le montant de la cotisation est indiqué dans le bulletin d'adhésion.

Article 10.3 - Dispense de cotisations

Sont dispensés du paiement de la cotisation :

- Les enfants à partir du troisième (sauf cas spécifiques), lorsqu'ils sont tous à charge, et ce jusqu'à qu'ils perdent cette qualité.

Article 11 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 11.1 – Non paiement des cotisations dans le cadre des opérations individuelles.

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où sont payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à

échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (**article L.221-7 du Code de la Mutualité**).

Article 11.2 – Défaut de paiement des cotisations dans le cadre des opérations collectives.

I - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent §I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

II – Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au §I est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle ou l'union informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du §I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

III – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale. Les statuts de la mutuelle peuvent prévoir les conditions dans lesquelles la mutuelle ou l'union applique, à défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat (**article L.221-8 du Code de la Mutualité**).

Article 12 - EXCLUSION

Peuvent être exclus de la mutuelle, dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité, les membres participants dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle et qui auraient causés à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L.221-17 du Code de la mutualité.

Les exclusions sont prononcées par le Conseil d'administration en application des dispositions de l'article 37 des statuts.

CHAPITRE III

Prestations

Article 13 - BASE DE REMBOURSEMENT ET DISPOSITIONS DIVERSES

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des soins.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

La mutuelle établit ses remboursements sur la base des tarifs de responsabilité des régimes obligatoires, déduction faite des prestations de ces régimes.

La mutuelle peut, par ailleurs, établir ses remboursements sur des bases forfaitaires ou proportionnelles.

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.

Les remboursements de la mutuelle sont établis en conformité avec les règles légales définissant et concernant les contrats responsables.

L'adhérent qui recevrait, de qui que ce soit, un quelconque remboursement pour les frais pris en charge et payés par la mutuelle au titre de la même intervention, est tenu d'en faire la déclaration dans les 8 jours du reçu de cette somme, et de reverser à la mutuelle les frais dont elle aurait pu faire indûment l'avance.

Pour recevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de la totalité des cotisations dues.

Article 14 - PRESTATIONS GARANTIES PAR LA MUTUELLE

RISQUE CHIRURGIE

Frais pré-opératoires :

- Examens radiographiques ou radioscopiques effectués en vue d'une intervention chirurgicale et effectivement suivis d'opérations dans le délai d'un mois.
- Analyses, examens de laboratoire, examens anatomopathologiques (y compris les prélèvements strictement nécessaires à une intervention chirurgicale et effectivement pratiqués dans le mois précédent l'intervention).
- Examens endoscopiques pratiqués dans le mois précédent l'intervention
- Hospitalisation pré-opératoire éventuellement nécessaire à la préparation du malade à l'intervention avec un maximum de 3 jours.

Frais per-opératoires :

- Que les interventions aient lieu en soins externes ou en milieu hospitalier.
- Les honoraires du chirurgien et éventuellement de l'équipe chirurgicale, de l'anesthésiste, du médecin traitant assistant effectivement à l'intervention.
- Les frais d'hospitalisation qui comprennent, les frais de salle d'opération et les frais de séjour du malade en milieu hospitalier dans la limite de la durée du séjour pris en charge par le régime obligatoire auquel est assujéti l'adhérent.
- Les perfusions et les transfusions sanguines pratiquées pendant la durée de l'hospitalisation.
- Les analyses, examens de laboratoire, examens radiographiques et radioscopiques, ainsi que les examens endoscopiques pratiqués pendant la durée de l'hospitalisation.
- La pharmacie extra-usuelle strictement nécessaire à l'intervention.
- Le matériel de prothèse interne.
- Les appareils plâtrés et les fournitures servant à leur confection.
- Le forfait hospitalier.

Frais post-opératoires :

- Les soins post-opératoires dispensés après la sortie de l'établissement hospitalier sont pris en charge s'ils sont pratiqués dans les 30 jours qui suivent la date de l'intervention, pour les radios de contrôle, ce délai est porté à 4 mois.

Frais d'accompagnant :

- Les frais et (ou) le lit d'accompagnant pendant la durée de l'hospitalisation.

Transport en ambulance :

- Les frais de transport en ambulance du malade devant être hospitalisé pour subir une intervention chirurgicale pris en charge par la mutuelle. Les frais de transport seront pris en charge dans la limite de la distance séparant le domicile du malade de l'établissement hospitalier le plus proche où peut être pratiquée l'intervention en cause et à condition que ce transport soit fait par un ambulancier agréé.

Hospitalisation médicale :

- En chambre commune, et pour les frais d'hospitalisation en service de médecine d'un établissement de soins agréé (voir annexe).
- Sont pris en charge les frais de séjour en service de médecine générale ou de médecine spécialisée lorsque le malade est directement transféré du service chirurgie dans l'un de ces services et à condition que la raison médicale de cette hospitalisation soit directement liée avec celle qui a motivé le séjour en service chirurgie.

Maternité :

- Prise en charge des frais de chambre particulière en cas d'accouchement.
- Versement de la prime de naissance à condition que l'enfant soit inscrit à la mutuelle.

RISQUE HOSPITALISATION MEDICALE

- Prise en charge des honoraires des médecins pendant la durée du séjour.
- La prise en charge est initialement donnée pour une durée de 20 jours qui pourra être prolongée.
- Prise en charge des perfusions et des transfusions sanguines pratiquées durant le séjour.
- Prise en charge des analyses, examens de laboratoire, examens radiographiques et radioscopiques, et examens endoscopiques pratiqués durant le séjour.
- Prise en charge du forfait hospitalier.
- Prise en charge des frais et (ou) du lit d'accompagnant.
- Prise en charge en chambre particulière ou non.

Dans le cadre des risques **chirurgie** et **hospitalisation médicale** les frais de séjour sont pris en charge sur la base du tarif de l'établissement hospitalier le plus proche du domicile du sociétaire dans lequel peuvent être pratiqués les soins nécessaires à l'état du malade. Cependant, ces frais de séjour pourront être pris en charge sur la base du tarif applicable à l'établissement dans lequel séjourne le malade si l'organisme obligatoire auquel l'adhérent est assujéti prend en charge ces frais sur la base du tarif applicable à l'établissement considéré.

RISQUE MALADIE

Sont pris en charge :

- Les frais médicaux et pharmaceutiques.
- Les soins par auxiliaires médicaux.
- Les frais d'analyses médicales.
- Les frais d'examens radiologiques.
- Les frais de transfusions sanguines.
- Les frais de soins dentaires et de prothèses dentaires.
- Les frais d'orthopédie.
- Les frais d'optique.
- Les frais de cures thermales :
 - Honoraires de surveillance médicale.
 - Frais d'établissement thermal.
 - Les pratiques médicales complémentaires.
- Les frais de transport en ambulance ou en taxi médical à condition que l'état du malade justifie l'utilisation de ce mode de transport. Ces frais sont pris en charge dans la limite de la distance séparant le domicile du malade du lieu où peuvent être pratiqués les soins nécessaires à son état de santé.
- Des avantages complémentaires sont pris en charge tels que définis dans les tableaux figurant en annexe.

RISQUE INDEMNITES JOURNALIERES

Les prestations indemnités journalières ne pourront être servies que si l'arrêt de travail temporaire est médicalement et administrativement constaté. Le malade devra se conformer strictement aux prescriptions du médecin traitant.

La mutuelle se réserve le droit de contrôler si le malade se conforme à celles-ci dont toute inobservation entraînera l'interruption du versement des indemnités journalières pour une période de 15 jours à compter de la date de la constatation de l'infraction, en cas de récidive,

la mutuelle interrompra définitivement le versement des prestations indemnités journalières pour l'arrêt de travail justifié par la maladie en cours.

Les prestations prévues seront servies jusqu'à la date de reprise du travail, de guérison ou jusqu'au soixantième anniversaire de l'adhérent.

Le sociétaire percevra les indemnités journalières pendant la durée de l'indemnisation et le montant de l'indemnité qu'il a choisi au moment de l'adhésion.

Après avoir épuisé ses droits, il ne pourra être indemnisé que s'il a repris le travail pendant une durée de 12 mois consécutifs.

RISQUE DECES

Un capital décès ne pourra versé que sur présentation des documents suivants :

- Le certificat de décès.
- Une attestation de désistement si plusieurs bénéficiaires du capital ou une attestation de porte fort délivrée par le notaire.
- La photocopie de la carte d'identité, ou du livret de famille du bénéficiaire du capital ou de la personne mandatée (si différent du notaire).
- Un certificat d'hérédité si le bénéficiaire du capital est un descendant.

Le risque décès est à durée annuelle.

Article 15 - EXCLUSIONS – DECHEANCES

Article 15.1 – Déchéances

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de six mois à compter du remboursement initial.

Article 15.2 – Exclusions

Ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception toutefois des prestations explicitement prévues dans la garantie choisie.

La chirurgie esthétique ne donne pas lieu à prise en charge sauf si elle est consécutive à un accident et avec l'accord préalable du Régime obligatoire de l'assurance maladie.

Article 16 - LIBRE CHOIX ET TIERS PAYANT

Article 16.1 – Libre Choix

La mutuelle garantit le libre choix :

- du chirurgien, praticien, omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'ordre des médecins.
- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire, et de tout autre professionnel de santé agréé par la sécurité sociale.
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la sécurité sociale.

Article 16.2 – Tiers-payant

La mutuelle peut conclure, pour toutes les prestations qu'elle garantit, les accords nécessaires afin de faire bénéficier ses adhérents du Tiers payant.

La prise en charge directe par la mutuelle des différentes prestations intervient auprès de tous les praticiens et établissements conventionnés par la mutuelle.

Article 17 - DOCUMENTS D'OUVERTURE DE DROITS

Pour leur permettre de bénéficier du Tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses adhérents des documents (carte ou toute autre pièce) permettant l'ouverture des droits à prestations. L'adhérent ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations ; dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable. En cas de radiation en cours d'année, l'adhérent est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qui lui ont été délivrés.

En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse.

En l'absence de procédure de Tiers payant, les demandes de remboursement sont traitées de la façon suivante :

- Soit par transmission à la mutuelle de l'original du décompte de sécurité sociale reçu.
- Soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de sécurité sociale pour ceux qui ont opté pour le système d'automatisation des échanges d'information avec les régimes obligatoires (système NOEMIE).
- Soit par transmission de toute pièce justificative dans le cas de demande de versement de prestations forfaitaires (prime de naissance etc...).

Les prestations sont versées par virement bancaire ou par chèque.

Aucune photocopie de pièce justificative ne peut être acceptée.

Article 18 - CONTRÔLE MEDICAL DES PRESTATIONS

La mutuelle s'interdit de recourir à toute forme de sélection médicale lors de l'adhésion. S'agissant de la délivrance des prestations, la mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. L'adhérent ne peut se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes sous peine de suspension immédiate des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le président du conseil départemental de l'ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Article 19 - MONTANT DES PRESTATIONS

Les prestations auxquelles les différentes garanties souscrites donnent droit figurent dans les tableaux de garantie avec l'indication des montants ou des taux de remboursement ainsi que celle des forfaits et indemnités.

Article 20 - LIMITES APPLIQUEES AUX REMBOURSEMENTS

Article 20.1 – Soins à l'étranger

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursées dans la limite du tarif de responsabilité.

Article 20.2 – Chambre particulière

La mutuelle ne peut être tenue responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie chambre particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi.

Article 21 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie de la mutuelle :

- Les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'adhésion ou la modification de la garantie.
- Les soins, actes médicaux ou hospitalisations débutant ou prescrits pendant la période de stage.
- Les soins, actes médicaux ou hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants :
 - Guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent.
 - Actes commis volontairement par le sociétaire, mutilation, participation effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf en cas de légitime défense.
 - Accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu ou d'abus de stupéfiants.
 - Explosion d'un engin ou partie d'engin atomique.
 - Radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs.
 - Accidents résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, de tout sport.
 - Les transports liés aux cures thermales.
 - Les frais de séjour liés aux cures thermales, si le séjour n'est pas effectué en milieu hospitalier.
 - Les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements 'esthétiques' sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction).
 - Les soins ou interventions chirurgicales ou hospitalisations médicales consécutifs à un accident du travail donnant droit au bénéfice des dispositions de la législation sur les accidents du travail. Toutefois, si en cas d'accident du travail, le sociétaire était hospitalisé en chambre particulière, les frais afférents à celle-ci seraient pris en charge par la mutuelle.

Article 22 - COUVERTURE DES ACCIDENTS

Article 22.1 – Déclaration des accidents

L'adhérent doit, sauf cas de force majeure, déclarer à la mutuelle dans les 48 heures suivant l'accident :

- Les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit.
- Le nom des témoins.
- Les noms et adresses du tiers responsable et de la compagnie d'assurance qui garantit la responsabilité de ce tiers.
- L'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.
- Les références sous lesquelles le dossier a été enregistré par la compagnie d'assurance adverse.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire. En conséquence, dans le cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son adhérent tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance constituerait, au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

L'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

L'adhérent doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué. Ce règlement ne sera définitif et opposable à la mutuelle qu'à la condition qu'elle ait donné son accord.

Article 22.2 – Intervention de la mutuelle

Pour les interventions consécutives à un accident non exclu à l'article 21, la garantie de la mutuelle intervient en complément et après épuisement de toute autre garantie souscrite auprès de tout autre organisme.

En cas d'accident dont la responsabilité peut être imputée à un tiers, la mutuelle intervient dans la mesure où l'adhérent lui a fourni une déclaration établie conformément aux indications de l'alinéa 'déclaration des accidents'.

L'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers, ou de l'assureur substitué, une action en vue de faire connaître son droit à réparation.

En application des dispositions de l'article 23 concernant la subrogation, la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

Accidents scolaires ou sportifs :

Si l'accident scolaire ou sportif est couvert :

- a) Par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au code de la mutualité, la mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe.
- b) Par un contrat souscrit auprès d'une société d'assurance privée régie par le code des assurances, la mutuelle intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, en complément et après épuisement de la garantie de cette société.

Article 23 - SUBROGATION

La mutuelle 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.

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

De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

CHAPITRE IV

Dispositions diverses

Article 24 - PRESCRIPTION

En application des dispositions de l'**article L.221-11** du code de la mutualité, toutes les actions relatives aux engagements réciproques des adhérents et de la mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par une des causes d'interruption visées par le code de la mutualité (**article L.221-12**).

Article 25 - AUTRES DISPOSITIONS

Article 25.1 - Forclusion

La demande de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de un an maximum, à compter de l'acte médical auquel se rapportent ces prestations ou ces avantages.

Article 25.2 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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.

Article 25.3 – Fonds social

L'adhésion au présent règlement offre aux membres participants la possibilité de bénéficier du fonds social prévu à l'article 3 des statuts, dans le cas où ils se trouvent dans des conditions sociales difficiles.

Les membres participants peuvent demander l'intervention du fonds social de la mutuelle pour une prestation non prise en charge, totalement ou partiellement, ou non prévue dans le contrat ou le bulletin d'adhésion.

La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

Le détail de fonctionnement du fonds social est indiqué dans le Chapitre V du présent règlement.

CHAPITRE V

ACTION SOCIALE

Article 26 – FONCTIONNEMENT DU FONDS SOCIAL

Article 26.1 – Définition

Des secours exceptionnels peuvent être accordés, par la Commission de Secours déléguée à cet effet, aux membres participants et à leurs ayants droit lorsqu'ils sont particulièrement touchés par l'adversité ou qu'ils connaissent une situation difficile ou qu'ils doivent faire face à des dépenses exceptionnelles.

Ces situations difficiles peuvent être liées à la maladie ou l'accident, à la perte d'un emploi ou de ressources ou pour des dépenses de santé onéreuses.

Le fonds peut intervenir pour des frais de soins non couverts par les prestations définies au présent Règlement Mutualiste.

La mise en oeuvre des actions sociales est décidée par le Conseil d'administration ou toute structure ou personne à qui il a donné délégation.

Article 26.2 – Fonctionnement

*. Attribution

- Une Commission de secours composée de 5 à 8 administrateurs, élue par le Conseil d'administration, gère le fonds social.
- La commission peut s'adjoindre un ou plusieurs intervenants extérieurs, avec voix consultative, pour leur compétences sociales ou médicales.
- Les dossiers présentés à la commission sont instruits par le personnel rattaché au service social de la mutuelle.

*. Financement

- L'Assemblée générale alloue une enveloppe annuelle à ce fonds.

Article 26.3 – Champs d'intervention du fonds social

*. Conditions d'intervention

- Avoir effectué une demande d'aide ou de secours auprès de l'assurance maladie obligatoire (Fonds d'Action Sanitaire et Sociale ou Commission de Recours Amiable) dans le cas d'une demande pour des prestations santé.
- Le bénéficiaire doit être inscrit à la mutuelle
- Le bénéficiaire doit être à jour de ses cotisations

Article 26.4 – Pièces à fournir

Pour établir les dossiers avant leur présentation devant la commission, les éléments suivants peuvent être demandés:

- Un courrier explicatif
- Un devis
- Une facture acquittée
- Décompte de l'assurance maladie obligatoire
- Déclaration de ressources et autres justificatifs de ressources
- Décision de la demande d'aide faite auprès de l'assurance maladie obligatoire dans le cas de prestation santé
- Et plus généralement tout document de nature à éclairer la commission sur la demande présentée.

Article 26.5 – Décision

Pour prendre sa décision, la commission pourra examiner entre autres critères:

- La situation familiale
- L'âge
- La situation professionnelle
- Le niveau de revenu
- L'ancienneté dans la mutuelle
- L'ancienneté dans la garantie
- Le niveau de la garantie souscrite

CHAPITRE VI

INTERMEDIAIRES MUTUALISTES

Article 27 – PRESTATIONS EN INCLUSION

- La mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme assureur, agissant comme intermédiaire mutualiste, conformément aux dispositions prévues à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.
- La mutuelle met à la disposition des adhérents, une formule d'assistance et d'exonération des cotisations en cas de décès, selon le contrat passé entre LANDES MUTUALITE et l'UNGIRC (Rue Copernic – 75016 Paris), en inclusion selon la garantie souscrite.
- La mutuelle met à la disposition des adhérents, une formule Protection Juridique Santé, tout membre, selon le contrat passé entre LANDES MUTUALITE et CFDP (1, Place Francisquet Régaud – 69002 Lyon), en inclusion selon la garantie souscrite.
- La mutuelle met à la disposition des adhérents, des informations Santé (téléphone et internet), selon le contrat passé entre LANDES MUTUALITE et Plateforme Santé (Rue Faraday – 75017 Paris), en inclusion selon la garantie souscrite.

* Les annexes mentionnées dans le règlement mutualiste sont à votre disposition sur simple demande au siège social de votre mutuelle.