

Fiche d'information

résumant les Statuts et le Règlement Mutualiste des garanties frais de santé individuelles

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat permet au souscripteur et à sa famille de bénéficier des prestations médico-chirurgicales qui complètent celles du Régime Obligatoire.

2. CONDITION D'ADMISSION

Contrat ouvert à toute personne salariée ou non, relevant d'un Régime Obligatoire d'assurance maladie. Sont considérés comme ayants droit du membre participant : le conjoint, le concubin, ou le signataire d'un PACS ainsi que les enfants à charge de moins de 20 ans ou de moins de 28 ans s'ils poursuivent des études, n'exercent pas d'activité rémunérée au-delà de 55% du SMIC ou sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80%. En cas de naissance d'un enfant, l'adhérent pourra l'inscrire comme ayant droit bénéficiant des prestations sans délai de stage sous réserve de fournir un extrait d'acte de naissance dans le mois suivant la naissance.

3. DATE D'EFFET DE L'ADHESION

Pour une demande d'adhésion complète et signée reçue entre le 1er et le 15 du mois inclus, la date d'effet sera fixée au 1er jour du même mois. Si elle est effectuée entre le 16 et le dernier jour du mois inclus, la date d'effet sera fixée au premier jour du mois suivant. La cotisation est toujours due à partir de la date d'effet. Le droit aux prestations est soumis à des règles spécifiques (voir paragraphe 8 et 9).

Les ayants droit suivent les mêmes règles de prise d'effet des garanties que celles de l'adhérent auquel ils sont rattachés.

4. REMBOURSEMENTS

Les remboursements de la Mutuelle constituent une participation aux dépenses et actes médicaux consécutifs à une maladie ou à un accident.

Cette participation est calculée en pourcentage de la base de remboursement du régime de Sécurité sociale d'affiliation ou forfaitaire le cas échéant. Le total des prestations ne peut en aucun cas excéder le montant des dépenses réelles engagées.

L'adhérent doit être en règle avec l'organisme gérant son assurance maladie obligatoire et à jour de ses cotisations mutualistes.

Les remboursements sont réglés uniquement par virement bancaire. Les paiements sont établis au nom du souscripteur ou à celui des héritiers légaux, en cas de décès de celui-ci.

Les demandes de paiement des prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum d'un an à compter de la date des soins indiqués sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires.

Au-delà de 365 jours, elles ne seront plus réglées.

5. COTISATION

La cotisation est individuelle et annuelle. Elle est due pour l'année civile. Elle est payable d'avance. Le paie-

ment peut s'effectuer par versements mensuels, trimestriels (en prélèvement automatique uniquement), ou semestriels sans frais de fractionnement.

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie et de la tranche d'âge de chaque bénéficiaire. Les majorations de cotisations survenant pour raison d'âge (tous les 5 ans) s'appliquent au 1er du mois suivant la date anniversaire de l'adhérent ou de ses ayants droit. La cotisation est gratuite au-delà du 2e enfant cotisant. Sont exonérés de cotisations les enfants âgés de moins d'un an.

5.1 Cas particulier des bénéficiaires du crédit d'impôt

Certains adhérents peuvent bénéficier d'un "crédit d'impôt" au sens de l'article L863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale. La cotisation appelée est alors calculée en fonction du tarif applicable à l'adhérent, déduction faite du montant de la participation afférente au dispositif. En aucun cas le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation.

6. DEFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours suivants son exigibilité, la mutuelle envoie une lettre de mise en demeure au membre participant. Dans le cas où le paiement n'intervient pas dans les 30 jours suivants, la garantie est suspendue et le membre participant reçoit une deuxième mise en demeure. A défaut de règlement dans les 10 jours qui suivent, Myriade peut alors prononcer de plein droit, la résiliation du membre participant et de ses ayants droit.

7. DROIT D'ADHESION

Des droits d'adhésion d'un montant de 10 euros sont perçus à l'adhésion du membre participant.

8. DUREE DE L'ADHESION

L'échéance du contrat est fixée au 31 décembre de l'année considérée.

A partir de cette date, il est reconduit tacitement pour une autre année civile, sauf dénonciation écrite au moins deux mois avant l'échéance aux conditions énoncées au paragraphe 11 ci-dessous.

9. STAGES

Sauf mention contraire, le bénéfice des garanties n'est effectif qu'après l'accomplissement d'un stage. La période de stage débute à la date d'effet de l'adhésion.

Les stages sont fixés pour tous les membres participants et leurs ayants droit et ce quelque soit leur âge à :

- 3 mois pour les prestations avec dépassement du tarif de convention et pour les forfaits annuels,
- 6 mois pour les prothèses dentaires et l'orthodontie,
- 10 mois pour le forfait naissance.

Pour les frais d'hospitalisation, les prestations inférieures ou égales au tarif de responsabilité de la Sé-

curité sociale, les stages sont fixés à :

- aucun pour les membres participants ou les ayants droit de moins de 55 ans,
 - 3 mois pour les membres participants ou les ayant droit au-delà de 55 ans et 6 mois au-delà de 70 ans.
- Les personnes venant d'un autre organisme de Prévoyance, sont exonérées du stage à garantie équivalente (sous réserve de fournir un certificat de radiation de l'organisme attestant de garanties similaires et échu depuis moins de 3 mois).

Les mutations d'une garantie Myriade à une autre ne sont autorisées qu'après 12 mois de cotisations dans la garantie précédente. Si le changement de garantie entraîne une amélioration des prestations, les stages statutaires définis seront appliqués sur les prestations améliorées. Le membre participant conserve pendant ce délai le droit à ses anciennes prestations.

10. SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations,

- dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire,
 - dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation.
- Tout accident doit être signalé à la Mutuelle dans les 48 H par le membre participant ou ses ayants droit.

11. RADIATION/DEMISSION

La démission est donnée par écrit recommandée avec accusé de réception ou déposée contre décharge dans un bureau de la mutuelle, 2 mois au moins avant l'échéance annuelle des cotisations fixée au 31 décembre de l'année en cours.

L'adhérent assuré social ayant souscrit à titre individuel est informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance de cotisation.

Aucune radiation ne peut être prononcée par la mutuelle sauf en cas de non paiement des cotisations. La démission, la radiation, l'exclusion ne donnent droit à aucun remboursement des cotisations versées.

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

12. PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Conformément à l'article L 221-3, la Mutuelle Myriade a signé plusieurs contrats collectifs à adhésion obligatoire auprès des organismes suivants :

- un organisme spécialisé dans les services d'assistance, MYRIADE ASSISTANCE, pour les membres participants et leurs ayants droit à charge lorsque leur garantie le prévoit.

• un opérateur agréé dans la couverture des risques vie, FORFAIT OBSEQUES, pour les membres participants et leurs ayants droits à charge de moins de 70 ans à l'adhésion, pour les membres participants et leurs ayants droit à charge lorsque leur garantie le prévoit.

• un opérateur agréé dans la couverture des risques accidents dans le cadre des activités sportives et de loisirs, RENFORT LOISIRS, pour les membres participants et leurs ayants droit âgés de plus de 4 ans, pour les membres participants et leurs ayants droit à charge lorsque leur garantie le prévoit.

• La Mutuelle a signé un contrat d'adhésion collective avec un opérateur agréé dans l'Assistance et la Protection Juridique «RECORDS MEDICAL».

Ce contrat fait l'objet d'une convention annuelle. Sont couverts par cette convention les membres participants et leurs ayants droit à charge souscripteurs d'une garantie Myriade.

Ce contrat prévoit, en cas de litige ou de différend résultant d'un accident médical susceptible d'engager la responsabilité du corps médical ou de répondre à la qualification d'acte thérapeutique étant survenus postérieurement à l'adhésion du membre participant :

- un service d'Assistance juridique par téléphone
 - un service d'Assistance de proximité
 - un service de protection juridique pour faire valoir les droits des Assurés en justice.
- Les conditions générales de ces contrats sont déléguées à chaque adhérent à l'adhésion.

13. EXCLUSIONS

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- Les participations forfaitaires prévues au paragraphe 2 de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale.
- Les majorations de participation mise à la charge des assurés par l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant
- Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.

En cas de modification du montant ou des modalités de prise en charge du régime obligatoire en cours d'année, Myriade se réserve le droit de modifier ses prestations à la date d'entrée en vigueur de cette modification.

Conditions Générales Garantie H Plus

en option dans les gammes Alpha Myriade, Comète Myriade, Solaris Myriade, Galaxie Myriade, Sirenius Myriade

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat permet à ses bénéficiaires de percevoir, en cas d'hospitalisation supérieure ou égale à 3 jours causée par une maladie ou un accident, des indemnités journalières forfaitaires destinées à améliorer le confort du malade et participer aux divers frais survenant à cette occasion et restant à leur charge.

2. CONDITIONS D'ADMISSION

L'âge limite de l'adhésion est de moins de 55 ans.

3. PERSONNES ASSUREES

Selon la formule choisie (individuelle, couple ou familiale) par le souscripteur et pendant toute la durée du contrat, sont désignés comme bénéficiaires et donc couverts par le présent contrat : l'adhérent et/ou son conjoint, âgés de plus de 18 ans au moment de l'adhésion et/ou ses enfants à charge non salariés âgés de moins de 18 ans.

4. DROITS ET LIMITES DE LA GARANTIE

L'indemnisation démarre au premier jour de l'hospitalisation du bénéficiaire, à condition que celle-ci soit supérieure ou égale à trois jours (72 heures). Elle est limitée à 365 jours par hospitalisation et par an, sauf pour les séjours de convalescences, la tuberculose et les maladies à caractère psychique pour lesquelles l'indemnisation ne pourra excéder 30 jours par an. De

plus, il convient de tenir compte de certaines exclusions figurant explicitement au dos de votre demande d'indemnisation et notamment du fait qu'une hospitalisation causée par une affection, dont la première constatation médicale est antérieure à la souscription, n'est pas indemnisée.

En cas d'adhésion familiale, les enfants ayants droit, tels qu'ils sont définis sur le présent contrat, bénéficient d'une indemnité équivalente au quart du montant de la prestation choisie.

5. ETENDUE TERRITORIALE

France métropolitaine. Pour les pays membres de la CEE, la participation est limitée à 90 jours. Pour les autres pays et les D.O.M. - T.O.M. la participation est limitée à 60 jours.

6. CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse au 1er du mois qui suit le soixantième anniversaire des bénéficiaires.

7. STAGES

Hors dispositions particulières, le bénéfice de la garantie n'est effectif qu'après l'accomplissement d'un stage de 3 mois. Toutefois en cas d'accident, la garantie est immédiate.

8. COTISATIONS

La cotisation est fixée par année civile. La cotisation est déterminée en fonction du montant de l'indemnité

forfaitaire choisie et de la tranche d'âge de l'adhérent chef de famille. Les majorations de cotisations survenant pour raison d'âge s'appliquent au 1er du mois suivant la date anniversaire de l'adhérent à l'âge de 45 ans, 55 ans et 65 ans. Les cotisations sont payables d'avance et suivent la même périodicité que celles du contrat Myriade Santé.

Les cotisations et les prestations peuvent être révisées annuellement, en fonction du risque global apporté pendant les 12 derniers mois écoulés et en vertu des dispositions contenues dans les Statuts et Règlement Mutualiste de MYRIADE.

9. RESILIATION DE LA GARANTIE

L'échéance du contrat est fixée au 31 décembre de l'année considérée. Le contrat est reconduit tacitement pour une année civile, sauf dénonciation écrite au moins deux mois avant l'échéance.

L'adhérent est informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance de cotisation.

10. MODIFICATION DES PRESTATIONS

L'adhérent peut, s'il le souhaite, modifier à l'échéance annuelle le montant de son indemnité forfaitaire.

Toute modification portant sur une diminution d'une indemnité est, en cas de risque, applicable dès le premier jour du mois suivant la modification. Par contre, si l'adhérent opte pour une majoration de l'indemnité, celle-ci ne prend effet qu'après le délai de stage prévu

au paragraphe 7 ci-dessus.

Néanmoins, en cas de risque, il bénéficierait de son option d'origine, sans pour autant que celle-ci soit majorée si un risque intervient pendant la période de stage.

11. DECLARATION DE L'ASSURE EN CAS DE RISQUES

En cas d'hospitalisation, sauf en cas de force majeure, l'adhérent ou une personne agissant à sa qualité, devra déclarer l'admission dans l'établissement de soins.

L'adhérent ou son mandataire devra remplir avec précision une demande d'indemnisation (document joint au contrat).

Le Contrôle Médical de MYRIADE se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives en complément d'information afférentes à l'hospitalisation et aux soins prodigués.

Le souscripteur déclare accepter toutes investigations que le médecin-conseil de MYRIADE jugerait utiles. Il autorise notamment ce dernier à recueillir les renseignements nécessaires auprès de qui de droit.

L'intégralité des Statuts et du Règlement Mutualiste de la Mutuelle Myriade peut être consultée sur simple demande dans toutes les agences Myriade et sur www.myriade.fr