

RÈGLEMENT MUTUALISTE SEM
Assemblée Générale du 11 juillet 2018

Mutuelle relevant des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro : 443 963 988

Siège social : 28 rue Fortuny - 75017 PARIS

La SEM est soumise au contrôle de l'A.C.P.R (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)

4 Place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX 09

Pour tout renseignement ou contact, s'adresser à :

SEM - 16 Boulevard du Général Leclerc - 92115 CLICHY CEDEX

(uniquement par courrier) ou sur internet www.mutuelle-sem.fr



SEM
Assurance santé
des étudiants étrangers

SOMMAIRE

RÈGLEMENT MUTUALISTE

NATURE ET OBJET DU RÈGLEMENT	P. 3
TITRE I : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS	P. 3
Chapitre I - Adhésion	P. 3
Chapitre II - Renonciation – radiation – suspension et résiliation	P. 4
Chapitre III - Membres participants	P. 5
Chapitre IV - Obligations des adhérents envers la Mutuelle	P. 5
TITRE II : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS	P. 6
Chapitre I - Prestations accordées par la mutuelle	P. 6
Chapitre II - Subrogation	P. 9
Chapitre III - Information des adhérents	P. 9
Chapitre IV - Dispositions diverses	P. 10

NATURE ET OBJET DU RÈGLEMENT

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

À l'égard des membres participants et de leurs ayants droits, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- la carte d'adhérent,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste.

Le règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la Mutualité.

Les dispositions du règlement mutualiste peuvent être modifiées par le conseil d'administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Les modifications sont opposables aux membres participants et ayants droits dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des membres participants et ayants droits servent de base au contrat, qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

SUBSTITUTION

Les membres participants sont informés que la Mutuelle est substituée dans ses droits et obligations par l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance, UMGP, union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 316 730 662, dont le siège social est situé au 28 rue Fortuny-75017 PARIS.

TITRE I : OBLIGATION DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Chapitre I : Adhésion

Article 1 – Modalités d'adhésion

Acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 8 des statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. Les membres participants sont ci-après dénommés « adhérents ».

La signature du bulletin d'adhésion, qui est impérativement précédée, en vertu des articles L 221-4 et L 221-18 du code de la mutualité, de la communication préalable à l'adhérent des statuts, du règlement mutualiste et du bulletin d'adhésion, emporte, ainsi que le déclare expressément l'adhérent, acceptation des dispositions desdits documents et des droits et obligations qu'ils édictent.

Article 2 – Ouverture des Droits

I - Caractère indemnitaire des prestations de la Mutuelle

Pour toutes les garanties, les prestations ne peuvent être versées que pour des actes dispensés ou des frais exposés pendant la période d'ouverture des droits.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais à la charge effective de l'adhérent.

Il faut entendre par frais exposés tout évènement survenu après la date de signature du bulletin d'adhésion, tels que les accidents, les affections ou pathologies.

a. Pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM

Les garanties TRANQUILLITÉ SEM se déclinent deux garanties distinctes : TRANQUILLITÉ « 100 » et TRANQUILLITÉ « 150 ».

L'ouverture des droits prend effet le lendemain zéro heure de la date d'adhésion et au plus tôt le 1er octobre de l'année N pour une durée pouvant aller, selon le choix de l'adhérent, de 15 jours à 11 mois, la fin de droits ne pouvant aller au-delà du 30 septembre de l'année N + 1.

Toutefois, en cas d'hospitalisation pour cause de maladie, l'ouverture des droits prend effet 8 jours après la date d'adhésion.

b. Pour la garantie SÉRÉNITÉ SEM

L'ouverture des droits prend effet le lendemain zéro heure de la date d'adhésion et au plus tôt le 1er octobre de l'année N. L'échéance est fixée au 30 septembre de l'année N + 1.

Toutefois, en cas d'hospitalisation pour cause de maladie, l'ouverture des droits prend effet 30 jours après la date d'adhésion.

Chapitre II : Renonciation – radiation – suspension et résiliation

Article 3 – Renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion en envoyant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé réception (voir modèle de lettre présent en annexe 1 du présent règlement mutualiste et également disponible en téléchargement sur notre site internet www.mutuelle-sem.fr) adressée à la SEM – Service Adhésions - 16 Boulevard du Général Leclerc – 92115 CLICHY CEDEX pendant un délai 14 jours à compter de la date d'adhésion. En cas d'exercice par l'adhérent de sa faculté de renonciation, la Mutuelle lui restitue intégralement les cotisations versées, à la condition qu'il n'ait pas engagé la Mutuelle dans le paiement d'une prestation pendant le délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date à laquelle l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

La Mutuelle ne rembourse pas à l'adhérent sa cotisation au-delà du délai de renonciation de 14 jours.

Article 4 – Radiation

Font l'objet d'une radiation de la Mutuelle :

1/ Les adhérents dont les garanties ont été résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 5 du présent règlement mutualiste.

2/ Les adhérents dont les garanties ont pris fin ou ont été résiliées à l'initiative de la Mutuelle ou de l'adhérent et conformément à la réglementation en vigueur, dans les cas suivants :

- lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, ou
- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou de cessation définitive d'activité professionnelle, et lorsque la situation antérieure était en relation directe avec la garantie de risques qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation, sur présentation des photocopies des justificatifs.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification adressée en lettre recommandée avec accusé réception par l'adhérent à la Mutuelle, à l'adresse suivante : SEM – Service Adhésions – 16, Boulevard du Général Leclerc – 92115 CLICHY CEDEX.

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

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

Article 5 – Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 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 de l'adhérent. Au cas où la cotisation 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 considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation, 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.

Chapitre III : Membres participants

Article 6 – Membres bénéficiant de prestations mutualistes

Conformément aux dispositions de l'article 8 des statuts, les membres se répartissent en catégories selon les garanties définies ci-après.

Tous les membres participants sont assujettis au paiement des cotisations d'adhésion et de gestion telles qu'indiquées à l'article 6 du présent règlement mutualiste, tant pour eux-mêmes que, le cas échéant, pour leurs ayants droits affiliés.

Les Garanties TRANQUILLITÉ SEM et SÉRÉNITÉ SEM peuvent être souscrites par :

- toute personne physique résidant à l'étranger et se rendant temporairement dans un pays au sein de l'Espace SCHENGEN ;
- toute personne physique assurée sociale en France.

Lors de la demande d'adhésion, le futur adhérent(e) doit justifier de son identité au moyen d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer tout justificatif complémentaire au futur adhérent(e) sollicitant son adhésion.

Chapitre IV : Obligations des adhérents envers la Mutuelle

Article 7- Cotisation

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui varie en fonction de la garantie choisie et de l'affiliation, on non, d'ayants droit. Cette cotisation est affectée, pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle et pour partie à la couverture du risque porté par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurances, auprès desquels la Mutuelle a souscrit des contrats collectifs, afin de compléter ses propres prestations.

Sont également comprises dans cette cotisation, les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlement desdits organismes. A ce jour, cette disposition vise essentiellement la cotisation due à l'U.M.G.P. (Union Mutualiste Générale de Prévoyance), dont le siège social est 28 rue Fortuny- 75017 PARIS.

1) Garanties TRANQUILLITÉ SEM en un paiement unique (adhésion à compter du 1er octobre de l'année N)

Durée	Tranquillité 100 Tarif par Adhérent	Tranquillité 100 Tarif par ayant droit inscrit	Tranquillité 150 Tarif par Adhérent	Tranquillité 150 Tarif par ayant droit inscrit
15 jours	32,00 €	32,00 €	38,00 €	38,00 €
1 mois	42,00 €	42,00 €	47,00 €	47,00 €
1 mois 1/2	63,00 €	63,00 €	70,00 €	70,00 €
2 mois	83,00 €	83,00 €	94,00 €	94,00 €
2 mois 1/2	98,00 €	98,00 €	110,00 €	110,00 €
3 mois	114,00 €	114,00 €	129,00 €	129,00 €
3 mois 1/2	134,00 €	134,00 €	152,00 €	152,00 €
4 mois	155,00 €	155,00 €	175,00 €	175,00 €
4 mois 1/2	190,00 €	190,00 €	215,00 €	215,00 €
5 mois	226,00 €	226,00 €	255,00 €	255,00 €
5 mois 1/2	262,00 €	262,00 €	295,00 €	295,00 €
6 mois	297,00 €	297,00 €	336,00 €	336,00 €
6 mois 1/2	333,00 €	333,00 €	376,00 €	376,00 €
7 mois	369,00 €	369,00 €	416,00 €	416,00 €
7 mois 1/2	410,00 €	410,00 €	463,00 €	463,00 €
8 mois	452,00 €	452,00 €	510,00 €	510,00 €
8 mois 1/2	482,00 €	482,00 €	544,00 €	544,00 €
9 mois	512,00 €	512,00 €	577,00 €	577,00 €
9 mois 1/2	541,00 €	541,00 €	611,00 €	611,00 €
10 mois	571,00 €	571,00 €	644,00 €	644,00 €
10 mois 1/2	589,00 €	589,00 €	664,00 €	664,00 €
11 mois	607,00 €	607,00 €	685,00 €	685,00 €

2) Garantie SÉRÉNITÉ SEM en un paiement unique (adhésion à compter du 1er octobre de l'année N)

Garantie	Tarif par Adhérent	Tarif par ayant droit inscrit
SÉRÉNITÉ SEM	573,00 €	573,00 €

Le règlement peut être effectué selon les modalités suivantes :

- Par chèque à l'ordre de la SEM,
- Par carte bancaire (CB),
- Par mandat (en joignant un relevé d'identité bancaire),
- Par espèces dans l'un des accueils SMEREP-SEM.

Le dossier complet doit être adressé à : SEM au 16 boulevard du Général Leclerc - 92115 CLICHY Cedex ou déposé dans un accueil SEM.

Article 8 - Conditions de perception des prestations

Pour percevoir leurs prestations et en ouvrir le droit à leurs ayants droits affiliés, le cas échéant, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

En cas de retard dans les paiements des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc...) sont à la charge de l'adhérent défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir les montants des cotisations dues.

Article 9 - Tacite Reconduction

Ces garanties ne font pas l'objet de tacite reconduction. En conséquence, les adhérents sont radiés à la date d'échéance.

Etant rappelé que, pour toutes les garanties, la date d'échéance ne peut dépasser, en l'espèce, le 30 septembre de l'année N+1.

Pour pouvoir être maintenues pour une durée supplémentaire, les garanties doivent être re-souscrites par l'adhérent à leur échéance, à condition que les conditions d'adhésion continuent à être remplies.

TITRE II : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

Chapitre I : Prestations accordées par la Mutuelle

Article 10 – Principes généraux

Pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM et SÉRÉNITÉ SEM (voir tableau en annexe 2) :

La Mutuelle assure des prestations mutualistes. Pour le service de ces prestations, elle est substituée par l'UMGP.

Les prestations mutualistes prévues par les garanties TRANQUILLITÉ SEM et SÉRÉNITÉ SEM sont les actes ou les dispositifs médicaux listés et codés dans la nomenclature générale de l'Assurance Maladie française.

Le taux de prise en charge du remboursement est basé sur les tarifs de responsabilité de la sécurité sociale en France, et varie en fonction de la garantie choisie (voir tableau en annexe 2).

Pour toute demande de remboursement, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle les feuilles de soins, prescriptions médicales, les factures correspondantes aux soins qui lui ont été dispensés.

Le remboursement des prestations par la Mutuelle s'établit sur présentations des mêmes justificatifs que ceux réclamés par l'Assurance Maladie française. De plus la Mutuelle se réserve le droit de réclamer tout justificatif complémentaire à l'adhérent.

Les garanties TRANQUILLITÉ SEM et SÉRÉNITÉ SEM interviennent au premier euro en l'absence de couverture par un régime d'Assurance Maladie français.

Les garanties TRANQUILLITÉ SEM et SÉRÉNITÉ SEM interviennent en complément du régime d'Assurance Maladie français lorsque l'adhérent en devient bénéficiaire pendant la durée du contrat de la garantie.

Pour la garantie SÉRÉNITÉ SEM :

L'ouverture des droits prend effet le lendemain zéro heure de la date d'adhésion et au plus tôt le 1er octobre de l'année N. L'échéance est fixée au 30 septembre de l'année N + 1.

Toutefois, en cas d'hospitalisation pour cause de maladie, l'ouverture des droits prend effet 30 jours après la date d'adhésion.

Pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM :

L'ouverture des droits prend effet le lendemain zéro heure de la date d'adhésion et au plus tôt le 1er octobre de l'année N, pour une durée pouvant aller, selon le choix de l'adhérent, de 15 jours à 11 mois, la fin de droits ne pouvant aller au-delà du 30 septembre de l'année N + 1.

Toutefois, en cas d'hospitalisation pour cause de maladie, l'ouverture des droits prend effet 8 jours après la date d'adhésion.

Pour toute hospitalisation (hors accident) : l'adhérent doit adresser à la Mutuelle une demande de prise en charge comprenant un certificat médical expliquant le(s) motif(s) de l'hospitalisation, sous pli confidentiel à : **SEM -16 Boulevard du Général Leclerc, 92115 CLICHY CEDEX.**

L'acceptation de la prise en charge est obligatoire avant de commencer les soins, faute de quoi les remboursements sont refusés.

Pour la garantie SÉRÉNITÉ SEM : Le forfait journalier hospitalier est limité à 15 jours et le forfait journalier en psychiatrie et neuropsychiatrie est limité à 7 jours par année universitaire.

Demande d'entente préalable pour certains actes :

Pour les actes énumérés ci-après, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle une demande d'entente préalable, accompagnée de la prescription médicale, sauf dans le cas d'acte réalisé par un médecin, sous pli confidentiel à : **SEM - 16 Boulevard du Général Leclerc, 92115 CLICHY CEDEX :**

- Pour tout transport médical (ambulance, etc.),
- Pour tout acte en série réalisé par un auxiliaire médical ou par une sage-femme,
- Pour les actes de biologie médicale nécessitant une entente préalable tels que définis dans la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale de l'Assurance Maladie française,
- Pour tout acte médical et chirurgical nécessitant une demande d'entente préalable tel que défini dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) de l'Assurance Maladie française.

L'acceptation de la demande d'entente préalable est obligatoire avant de commencer les soins, faute de quoi les remboursements sont refusés par la Mutuelle.

PRESTATIONS NON PRISES EN CHARGE PAR LA MUTUELLE :

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle les prestations listées ci-dessous, telles que définies par le Code de la Sécurité sociale :

- les pansements, les accessoires, le petit appareillage,
- le grand appareillage,
- les produits d'origine humaine,
- l'orthopédie,
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale,
- les prothèses (dentaires et autres),
- les cures thermales,
- les médicaments non remboursables et les médicaments vignettes oranges, ainsi que les préparations magistrales.

Article 11 – Composantes des diverses garanties – date des soins

Les prestations de la Mutuelle ne peuvent être versées que pour des actes dont le fait générateur est intervenu durant la période d'ouverture de droits.

Les dates retenues pour l'examen du droit aux prestations sont :

- La date du fait générateur est retenue pour les prestations suivantes :

- pharmacie avec vignette bleue (30%), vignette blanche (65%), et médicaments irremplaçables (100%),
- optique : monture, verres et lentilles, pris en charge dans les mêmes conditions de prise en charge que l'assurance maladie,
- transports médicalement justifiés (ambulance, VSL, taxi conventionné, transports en commun ou transport en voiture particulière),

- analyses médicales et prélèvements (hors frais de dossier),
- auxiliaires médicaux pour les actes non soumis à entente préalable,
- les vaccins et rappels ayant une autorisation de mise sur le marché à la date des soins.

- La date d'exécution de l'acte est retenue pour les prestations suivantes :

- soins dentaires (hors prothèses),
- consultations et actes non soumis à entente préalable réalisés par les médecins généralistes ou spécialistes (hors psychiatre et neuropsychiatre),
- chirurgie sans hospitalisation pour des actes non soumis à entente préalable,
- actes de sage-femme pour des actes non soumis à entente préalable,
- participation assuré 18 €. Cette prestation est la participation forfaitaire mise à la charge des assurés sociaux pour certains actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120€ (conformément à l'article R.322-8 du code de la Sécurité Sociale). Le montant pris en charge par les garanties santé concernées est celui fixé par décret et en vigueur à la date d'exécution de l'acte.

- La date d'accord de la prise en charge est retenue pour les prestations suivantes :

- pour toute hospitalisation,
- pour tout transport,
- pour tout acte en série réalisé par un auxiliaire médical ou par une sage-femme,
- pour les actes de biologie médicale nécessitant une entente préalable tels que définis dans la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale de l'Assurance Maladie française,
- pour tout acte médical et chirurgical nécessitant une demande d'entente préalable tel que défini dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) de l'Assurance Maladie française.

Ces dates devront toujours se situer pendant la période de droits ouverts pour permettre à l'adhérent de bénéficier des prestations servies par les Garanties de la Mutuelle.

1. Risques couverts

Les décomptes des prestations versées par la Mutuelle sont envoyés à une adresse postale française, communiquée par l'adhérent lors de son adhésion à l'une des garanties de la Mutuelle.

La Mutuelle procède au remboursement des prestations uniquement par virement bancaire, effectué sur le compte de l'adhérent, ou sur le compte d'une personne ayant reçu l'autorisation de l'adhérent pour l'encaissement de ses prestations. En cas de changement de leur situation personnelle ou professionnelle ou de leurs coordonnées postales ou bancaires, il appartient aux adhérents d'en informer la Mutuelle dans les plus brefs délais.

Pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM et SÉRÉNITÉ SEM :

Tous les actes pris en charge par l'Assurance Maladie française au risque « Maladie », à l'exclusion des risques Maternité, Accident du travail et Maladie Professionnelle, dans la limite du plafond annuel stipulé ci-dessous.

Les taux de référence sont ceux indiqués par l'article R 322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Selon la durée de la garantie souscrite par l'adhérent, le droit annuel des prestations pourra atteindre, SANS TOUTEFOIS POUVOIR DEPASSER :

- 4 000 euros pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM souscrites pour 15 jours ou pour 1 mois ;
- 6 000 euros pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM souscrites pour 1 mois ½ (soit 1 mois et 15 jours ou pour 2 mois ;
- 8 000 euros pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM souscrites pour 2 mois ½ (soit 2 mois et 15 jours) ou pour 3 mois ;
- 10 000 euros pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM souscrites pour 4 mois ou pour 5 mois ;
- 11 000 euros pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM souscrites pour 6 mois ou pour 7 mois ;
- 11 500 euros pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM souscrites pour 8 mois ou pour 9 mois ;
- 12 000 euros pour les garanties TRANQUILLITÉ SEM souscrites pour 10 mois ou pour 11 mois,
- 12 000 euros pour la garantie SÉRÉNITÉ SEM.

2. Forclusion

Les dossiers ouvrant droits aux prestations doivent, sous peine de forclusion, être présentés ou transmis à la Mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date à laquelle ont été dispensés les soins.

3. RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

- toutes prestations non définies à l'article 10 du présent règlement mutualiste,
- toutes prestations listées parmi les prestations non prises en charge à l'article 10 du présent règlement mutualiste,
- les affections contractées ou déclarées ou les accidents survenus antérieurement à la date de la prise d'effet de l'adhésion.
- la dépression nerveuse,
- les traitements de psychanalyses et de psychothérapie,
- la grossesse, la maternité et l'interruption volontaire de grossesse,
- les accidents du travail et maladies professionnelles,
- les traitements à visée esthétique dont la chirurgie et le traitement de l'acné et leurs conséquences,
- l'exploration et le traitement de la stérilité,
- tous les soins réalisés hors du territoire métropolitain ou des départements d'outre-mer.

Article 12 : Fonds d'entraide mutualiste

Par un fonds d'entraide, et sur décision du Président de la Mutuelle ou de son délégataire, sur avis de la commission de Fonds d'entraide, la Mutuelle peut décider de verser des allocations mutualistes demandées par les adhérents de la Mutuelle, en fonction de leur situation personnelle.

Le fonds reçoit une dotation annuelle votée par l'assemblée générale. Le versement ou le refus de versement de telles allocations sont laissés à l'entière appréciation de la Mutuelle.

Article 13 : Cumul des prestations de la Mutuelle

Le montant de remboursements de dépenses de maladie effectués par la Mutuelle ne peut, cependant, être supérieur au montant des frais à la charge effective de l'adhérent (en raison du caractère indemnitaire des prestations).

Dans le cas où la prestation théorique de la Mutuelle serait supérieure au montant des frais à la charge de l'adhérent, la différence entre le montant des remboursements et le prix réellement payé doit seule être servie.

Si l'adhérent souscrit auprès de plusieurs assureurs ou groupements mutualistes des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à la Mutuelle connaissance des autres assurances. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Chapitre II : Subrogation

Article 14 : Conditions et modalités de la 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, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

Article 15 – Eléments d'information

Le présent règlement mutualiste et les modifications qui peuvent y être apportées sont portés à la connaissance des adhérents.

L'adhérent est informé notamment :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 16 – Traitement des réclamations – médiation

En cas de contestation de l'adhérent sur une réponse ou une demande que lui a faite la Mutuelle, l'adhérent dispose des voies de recours suivantes :

1er niveau : La réclamation

Le service réclamations de la SEM peut être saisi par l'adhérent selon l'une quelconque des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à la SEM - Service Adhésions / Réclamations - 16, Boulevard du Général Leclerc – 92115 CLICHY Cedex.
- Par téléphone : au 01 56 54 36 34 du lundi au vendredi de 9h à 18h.

2ème niveau : La Médiation

Uniquement dans une deuxième étape, si la réclamation n'aboutit pas, l'adhérent peut saisir le Médiateur, par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des pièces justificatives à l'adresse suivante :

Médiateur FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Chapitre IV : Dispositions diverses

Article 17 – Données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la mutuelle conformément à son objet, en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et toute loi ou règlement français applicable.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du code de la mutualité.

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication et mise à jour ou rectification des données personnelles le(la) concernant, détenues dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle par courrier au 16, Boulevard du Général Leclerc – 92115 CLICHY Cedex.

Article 18 – Contrôles

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent ou ayant-droit qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

La Mutuelle peut également, afin d'éclairer sa décision avant ou après le versement de prestations, demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, ou si ce contrôle révèle que la demande de prestation ne correspond pas à la réalité des dépenses engagées ou qu'elle est dépourvue de justification médicale, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. En cas de contrôle a posteriori (c'est-à-dire après le versement de prestations par la Mutuelle), l'adhérent devra restituer à la Mutuelle les prestations indues.

En cas de désaccord entre l'adhérent et la Mutuelle, ils peuvent choisir d'un commun accord un médecin expert. À défaut d'entente entre eux sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et l'adhérent supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt un caractère obligatoire pour la Mutuelle et l'adhérent.

Article 19 – Droit applicable – langue des échanges entre la Mutuelle et les adhérents

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français. La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les adhérents et la Mutuelle est le français.