

CONDITIONS GÉNÉRALES ALPHA PLUS SANTÉ.10.15

ayant valeur de notice d'information

I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat ALPHA PLUS SANTÉ, régi par le code de la mutualité, est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par **l'Association des Assurés d'Alpha Plus Santé (3.A.P.S)** au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies au présent contrat.

Le contrat a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité par l'adhérent et/ou de ses ayants droit au sens du contrat.

Le règlement des prestations est subordonné au remboursement préalable du régime obligatoire d'assurance maladie des intéressés et vient en complément des prestations versées par ledit régime. En aucun cas le cumul des prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie et de celles versées en application du présent contrat ne peut avoir pour effet d'aboutir à une indemnisation totale excédant le montant des frais engagés.

Le présent contrat d'assurance est qualifié de contrat solidaire et responsable.

Par « solidaire » : on entend un contrat dont l'adhésion des assurés n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « responsable » : on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

A ce titre, le présent contrat ne prend pas en charge la contribution forfaitaire par acte médical prélevée par le régime obligatoire, les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins coordonnés et les dépassements d'honoraires autorisés des médecins spécialistes consultés hors du parcours de soins.

En conséquence, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. De même, aucune exclusion mentionnée au sein du présent contrat ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le présent contrat est éligible à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite « loi Madelin »).

Il appartient à l'assuré de vérifier qu'il peut bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du Code général des Impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur, y compris pour ses ayants droits au titre du régime d'assurance maladie des Travailleurs Non-salariés Non Agricoles.

Article 2- DÉFINITIONS

Pour l'application de l'adhésion, on entend par :

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

Adhérent

La personne physique, travailleur non salarié non agricole, membre de l'Association des Assurés d'Alpha Plus Santé (3.A.P.S), répondant aux conditions d'adhésion.

Assuré

L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré, et par extension, les membres de sa famille, à savoir :

- son conjoint (L'époux ou l'épouse de l'adhérent non séparé de corps judiciairement,
- son concubin (La personne vivant en concubinage avec l'adhérent sous réserve que l'adhérent et son concubin soient libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés et qu'ils n'aient pas conclu de PACS),
- La personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil,
- Les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin sous réserve :
 - . Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
 - . Qu'ils soient âgés de moins de 26 ans et sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - . Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55% du SMIC ;
 - . Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
 - . Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
 - . Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ou leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études.

Base de Remboursement du régime obligatoire

Tarif de base déterminé par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Certificat d'adhésion

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion et éventuellement celle de ses ayants droit au présent contrat collectif et qui précise pour chacun des assurés l'option choisie et la date d'effet des garanties souscrites.

Contrat d'accès aux soins

Il s'agit d'un contrat souscrit sur la base du volontariat entre l'Assurance Maladie et des médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Ce contrat favorise l'accès aux soins pour les patients en leur permettant notamment d'être mieux remboursés.

Par ce contrat, les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. En contrepartie, l'Assurance Maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents au contrat d'accès aux soins sur celui des médecins exerçant en secteur 1. D'autre part, les contrats d'assurances santé complémentaires qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires, doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au contrat d'accès aux soins par rapport aux médecins non-adhérents au contrat d'accès aux soins.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Franchise médicale (article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale)

La franchise médicale est une somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La Mutuelle ne peut pas prendre en charge ces franchises médicales dont sont exemptés les moins de 18 ans et les femmes durant toute la durée de la grossesse.

Hospitalisation

Séjour médicalement prescrit d'au moins 24 heures dans un établissement de soins public ou privé agréé par le ministère de la santé, ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les hospitalisations à domicile, les hospitalisations de jour et les cures sont considérées comme des soins courants.

Maladie

Toute altération de la santé ou état pathologique constaté, traité ou diagnostiqué par une autorité médicale compétente.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse volontaire ou non, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Médecin secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est conventionné. Il applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession.

Médecin secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est conventionné, il pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Mutuelle

Mutuelle NOVAMUT, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Nomenclatures de l'assurance maladie obligatoire

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Elles servent de base au calcul des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de la mutuelle.

Option de coordination

Engagement d'un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en secteur 2, à honoraires libres, de pratiquer les tarifs conventionnels (secteur 1) quand le patient lui est adressé par son médecin traitant.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement.

Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Participation forfaitaire « 18 euros »

Participation forfaitaire de 18 euros à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en hospitalisation dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou dont le coefficient retenu est égal ou supérieur à 50.

Régime Obligatoire - RO

Le régime général d'assurances maladie obligatoire des travailleurs non-salariés non agricoles, régime social des indépendants (RSI).

Le cas échéant, le régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés dont relève le conjoint ou le partenaire ou le concubin ou les enfants à charge.

Tarif d'autorité

Tarif forfaitaire de base appliqué par l'assurance maladie obligatoire pour rembourser des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés.

Tarif de convention

Tarif de base utilisé par l'assurance maladie obligatoire. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la sécurité sociale et les fédérations des différents praticiens et les établissements de soins.

Tarif de convention mutualiste

Tarif utilisé par la Mutuelle. Il est déterminé conventionnellement entre la Mutuelle, les Syndicats de praticiens et les établissements de soins.

Ticket modérateur

La différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire avant application de la participation forfaitaire ou de la franchise qui ne sont pas remboursées par la mutuelle.

II LES GARANTIES

Article 3 - REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SOINS

3.1 La Mutuelle rembourse en cas de maladie, d'accident ou de maternité les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont basées sur la valeur du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du tarif de convention, du tarif d'autorité désignent des remboursements en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Le remboursement est effectué poste par poste conformément au tableau des garanties.

Si les remboursements ou les tarifs de convention de l'assurance maladie obligatoire sont modifiés au cours de l'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite modification.

Sauf non-paiement des cotisations ou application des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, l'assuré bénéficie d'une garantie viagère, dès la date à laquelle celle-ci prend effet. Ainsi, l'assuré ne peut être exclu de la garantie.

3.2 Tableau des garanties

Le tableau décrivant les garanties est annexé au certificat d'adhésion. Les clauses ci-après, décrivent les conditions et maxima de remboursement selon la nature des soins et de la garantie.

Les pourcentages indiqués au tableau des garanties s'appliquent à la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et incluent le remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Pour les consultations, visites et actes techniques et de radiologies réalisés par des médecins hors parcours de soins, la mutuelle ne prend pas en charge les majorations du ticket modérateur ainsi que les dépassements d'honoraires.

Le contrat est solidaire et responsable : les garanties et niveaux de remboursement seront adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

La participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la Sécurité Sociale ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

3.3 Hospitalisation chirurgicale, médicale et maternité

3.3.1 Frais de séjour et honoraires médicaux

Le remboursement des frais de séjour à l'hôpital ou en clinique porte exclusivement sur le prix de pension proprement dit de l'établissement.

Le remboursement des honoraires et des frais annexes est calculé séparément selon les limites indiquées dans le tableau des garanties.

Le séjour en hôpital ou en clinique doit être médicalement prescrit.

Les garanties interviennent uniquement en cas d'hospitalisation en secteur conventionné prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

3.3.2 Chambre particulière

Les dépenses liées à la chambre particulière sont remboursées sur la base du tarif de convention mutualiste.

A défaut de conventionnement, les frais de chambre particulière sont pris en charge dans la limite du forfait exprimé par jour dans le tableau des garanties.

3.3.3 Chambre particulière de jour

Les dépenses liées à la chambre particulière de jour sont remboursées exclusivement pour toute intervention chirurgicale ambulatoire de jour sur la base du tarif de convention mutualiste. A défaut de conventionnement, les frais de chambre particulière de jour sont pris en charge dans la limite du forfait exprimé par jour dans le tableau des garanties.

3.3.4 Frais d'accompagnement d'un enfant

Les dépenses liées aux frais d'accompagnement (frais de repas et de lit de l'accompagnant) d'un enfant assuré de moins de 16 ans sont remboursées sur la base du Tarif de Convention Mutualiste. A défaut de conventionnement, les frais d'accompagnement sont pris en charge dans la limite du forfait exprimé par jour dans le tableau des garanties. L'accompagnant doit également avoir la qualité d'assuré.

3.4 Établissement de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés

3.4.1 Frais de séjour et honoraires médicaux

Sont remboursés au titre de cette garantie les frais de soins de suites, de réadaptation et de rééducation dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale au cours d'une hospitalisation listés ci-dessous et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :

- les séjours en établissements de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés.
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.

Les frais de séjour sont pris en charge dans la limite de 100% de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire comme indiqué au tableau des garanties.

3.4.2 Chambre particulière

Les frais de chambre particulière pour les hospitalisations en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés sont remboursés sur la base du tarif de convention mutualiste. A défaut de conventionnement, les frais de chambre particulière sont pris en charge dans la limite du forfait exprimé par jour dans le tableau des garanties.

3.5 Établissement Psychiatrique

3.5.1 Frais de séjour et honoraires médicaux

Sont remboursés au titre de cette garantie les frais de soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation pour motif psychiatrique au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : Les frais de séjour sont pris en charge dans la limite de 100% de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire comme indiqué au tableau des garanties. Les frais de chambre particulière ainsi que les frais d'accompagnement relatifs à une hospitalisation pour motif psychiatrique sont toujours exclus des garanties.

3.6. Participation forfaitaire

La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros que l'assurance maladie obligatoire peut laisser à charge sur les actes pratiqués en ville ou en hospitalisation dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou dont le coefficient retenu est égal ou supérieur à 50.

3.7. Frais médicaux – Soins de ville

3.7.1 Consultations généralistes et spécialistes

La mutuelle prend en charge les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes), ayant donné lieu à un remboursement partiel par l'assurance maladie obligatoire.

La mutuelle ne prend pas en charge la hausse du ticket modérateur et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, pour les consultations, visites et actes techniques réalisés hors parcours de soins coordonnés.

3.7.2 Actes médicaux, imagerie médicale, analyses, auxiliaires médicaux, consultations généralistes et spécialistes

La mutuelle prend en charge les frais d'actes techniques, les frais de radiologie et d'analyses (y compris en soins externes), les frais consécutifs à des actes de prélèvement, les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthoptistes, pédicure/podologue, kinésithérapeutes et sages femmes, ayant donné lieu à un remboursement partiel par l'assurance maladie obligatoire.

3.7.3 Frais de transport

La mutuelle prend en charge les frais de transport prescrits par un médecin et ayant donné lieu à un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire.

3.7.4 Soins à l'étranger

La mutuelle prend en charge les frais médicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire française. Le remboursement des frais s'effectue sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française selon le pourcentage indiqué au tableau des garanties et exclut tout autre remboursement de la part de la Mutuelle.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

3.8. Pharmacie

La mutuelle prend en charge les frais de médicament remboursés par l'assurance maladie obligatoire au taux de 65%, 30% et 15%. Cette prise en charge s'applique également aux honoraires de dispensation y afférent facturés par les pharmaciens d'officine.

3.9 Frais dentaires

Les remboursements des frais dentaires (à l'exception des soins, consultations, radiologie et actes d'orthodontie et le ticket modérateur pour les prothèses dentaires et autres actes dentaires remboursés par l'assurance maladie obligatoire) sont plafonnés par année civile et selon le nombre d'année d'adhésion et par assuré suivant les garanties souscrites, comme indiqué au tableau des garanties.

3.9.1 Soins, consultations et radiologie

La mutuelle prend en charge les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien dentiste, les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Le montant du remboursement de la Mutuelle est exprimé en pourcentage au tableau de garantie, il s'applique à la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et inclut le remboursement du régime obligatoire de l'assuré.

3.9.2 Inlays et Onlays

La mutuelle prend en charge les frais inlays et onlays qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et selon les garanties souscrites un forfait complémentaire par dent, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9**. Le versement du forfait pour les frais inlays et onlays se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.3 Inlays Core

La mutuelle prend en charge les frais inlays Core qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et selon les garanties souscrites un forfait complémentaire par dent, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9**. Le versement du forfait pour les frais inlays Core se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.4 Prothèses dentaires fixes prises en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle prend en charge les frais de prothèses dentaires fixes qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et, selon les garanties souscrites, un forfait complémentaire par dent, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9**. Le versement du forfait pour les prothèses dentaires prises en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.5 Forfait prothèses dentaires fixes non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle rembourse, selon les garanties souscrites, un forfait par dent pour les frais de prothèses fixes non prises en charges par l'assurance maladie obligatoire, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9**. Le versement du forfait pour les prothèses dentaires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.6 Prothèses dentaires mobiles prises en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle prend en charge les frais de prothèses dentaires amovibles qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et, selon les garanties souscrites, un forfait complémentaire selon que la prothèse dentaire mobile soit partielle ou totale, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9. Le forfait complémentaire prothèses dentaires mobiles partielles est différencié selon le nombre de dent**. Le versement du forfait pour les frais de prothèses dentaires mobiles prises en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.7 Implantologie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle prend en charge les frais de prothèses sur implant qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et, selon les garanties souscrites, un forfait complémentaire par prothèse et par année civile et un forfait complémentaire par implant et par année civile, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9**. Le versement du forfait pour les frais de prothèse et d'implant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.8 Implantologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle rembourse, selon les garanties souscrites, un forfait par implant et par année civile pour les frais d'implantologie dentaire non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9**.

Le versement du forfait pour les frais d'implantologie non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.9 Parodontologie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle prend en charge les frais de parodontologie, qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire.

La mutuelle rembourse le ticket modérateur et, selon les garanties souscrites, un forfait complémentaire par traitement et par année civile, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9**. Le versement du forfait pour les frais de parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.10 Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle rembourse, selon les garanties souscrites, un forfait par traitement et par année civile pour les frais de parodontologie non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9.** Le versement du forfait pour les frais de parodontologie non pris en charge par la sécurité sociale se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.11 Forfait rebasage et réparation sur prothèses dentaires mobiles non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle rembourse, selon les garanties souscrites, un forfait par année civile pour les frais de rebasage et les frais de réparation sur prothèses dentaires mobiles non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, comme indiqué au tableau des garanties **dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article 3.9.**

Le versement du forfait pour les frais de rebasage et les frais de réparation non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.12 Orthodontie acceptée par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle prend en charge les frais d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et, selon les garanties souscrites, un forfait complémentaire par semestre de soins, comme indiqué au tableau des garanties. Le versement du forfait pour les frais d'orthodontie se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.9.13 Orthodontie non acceptée par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle rembourse, selon les garanties souscrites, un forfait par année civile pour les frais d'orthodontie non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, comme indiqué au tableau des garanties.

Le versement du forfait pour les frais d'orthodontie non remboursés par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.10 Frais d'équipement optique médical remboursé par l'assurance maladie obligatoire

La garantie frais d'équipement optique médicale s'applique aux frais exposés d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, sauf pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où il s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

La période de deux ans (24 mois) et la période d'un an (12 mois) s'appliquent à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

3.10.1 Forfait 1. /Monture et verres simple foyer

La mutuelle prend en charge, dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties, les frais liés à l'achat d'un équipement composé de deux verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 et d'une monture. Le versement du forfait se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée ou de la facture de l'opticien.

3.10.2 Forfait 2. /Monture et verres simple foyer multifocaux ou progressifs

La mutuelle prend en charge, dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties, les frais liés à l'achat d'un équipement composé de deux verres simples foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs et pour le matériel pour amblyopie et d'une monture. Le versement du forfait se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée ou de la facture de l'opticien.

3.10.3 Forfait 3. /Monture et verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques

La mutuelle prend en charge, dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties, les frais liés à l'achat d'un équipement composé de deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 et d'une monture. Le versement du forfait se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée ou de la facture de l'opticien.

3.10.4 Forfait 1A. /Monture et 1 verre simple foyer et 1 verre simple foyer multifocal ou progressif
La mutuelle prend en charge, dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties, les frais liés à l'achat d'un équipement composé d'un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 et d'un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et à verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie et d'une monture. Le versement du forfait se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée ou de la facture de l'opticien.

3.10.5 Forfait 2A. /Monture et 1 verre simple foyer et 1 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique

La mutuelle prend en charge, dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties, les frais liés à l'achat d'un équipement composé d'un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 et d'un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 et d'une monture. Le versement du forfait se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée ou de la facture de l'opticien.

3.10.6 Forfait 3A. /Monture et 1 verre simple foyer multifocal ou progressif et 1 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique

La mutuelle prend en charge, dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties, les frais liés à l'achat d'un équipement composé d'un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et à verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie et d'un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 et d'une monture. Le versement du forfait se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée ou de la facture de l'opticien.

3.10.7 Forfait 4. /Lentilles prises en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle prend en charge, dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties, les frais liés à l'achat de lentilles prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le versement du forfait se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée ou de la facture de l'opticien.

3.11 Autres Frais d'optique

3.11.1 Forfait lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire

La mutuelle prend en charge sur prescription médicale, selon les garanties souscrites, les frais liés à l'achat de lentilles non prises en charges par l'assurance maladie obligatoire dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties. Le versement du forfait lentilles se fait au maximum une fois par année civile et par assuré et dans la limite de la dépense réelle. Le versement du forfait pour les frais liés à l'achat de lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire se fait sur présentation de l'ordonnance et la facture acquittée.

3.11.2 Forfait chirurgie réfractive et traitement au laser de l'œil

La mutuelle prend en charge, selon les garanties souscrites, les frais de chirurgie réfractive et de traitement au laser de l'œil pour des cas de myopie et de presbytie dans la limite du forfait indiqué au tableau des garanties. Le versement du forfait chirurgie réfractive et traitement au laser de l'œil se fait au maximum une fois par année civile et par assuré dans la limite de la dépense réelle. Le versement du forfait pour les frais de chirurgie réfractive et de traitement au laser de l'œil se fait sur présentation de la facture acquittée.

3.12 Appareillage et accessoires médicaux

La mutuelle prend en charge les frais d'appareillage et d'accessoires médicaux prescrit par un médecin et ayant donné lieu à un remboursement partiel de l'assurance maladie obligatoire.

3.12.1 Autres prestations forfaitaires appareillage et accessoires médicaux

Le versement des forfaits « Appareillage-orthopédie, Auditif, Prothèses capillaires, Prothèses mammaires », se fait au maximum une fois par année civile et par assuré et sur présentation de la facture acquittée ou de la note d'honoraires et dans la limite de la dépense réelle.

3.13 Frais de cure thermale

La mutuelle prend en charge les frais de soins et honoraires de cure thermale prescrit par un médecin, ayant donné lieu à un remboursement partiel par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et selon les garanties souscrites, un forfait complémentaire.

Le forfait cure thermale se fait au maximum une fois par année civile et par assuré et dans la limite de la dépense réelle. Le forfait cure thermale exclut le remboursement de tout autre frais tels que les frais de transport, d'hébergement et les soins annexes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le versement du forfait cure thermale se fait sur la présentation des factures acquittée ou des notes d'honoraires et dans la limite de la dépense réelle.

3.14 Prestation de prévention

Dans le cadre de l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle prend en charge les 7 actes des prestations de prévention à hauteur du ticket modérateur.

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

3.14.1 Forfait médecines douces

Selon les garanties souscrites, la mutuelle prend en charge les frais non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et consécutifs à des actes ou consultation de médecine naturelle : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, microkinésithérapeute, étio-pathe, diététicien, naturopathe et podologue. Le remboursement se fait sur présentation de facture acquittée, note d'honoraires et dans la limite du forfait et du nombre de séances indiqué au tableau des garanties.

3.14.2 Forfait patch anti-tabac

Selon les garanties souscrites, la mutuelle prend en charge sur prescription médicale les frais de traitement de sevrage tabagique non remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Le remboursement se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée, et dans la limite du forfait par année civile indiqué au tableau des garanties.

3.14.3 Forfait Vaccin

Selon les garanties souscrites, la mutuelle prend en charge sur prescription médicale les frais de vaccin non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le remboursement se fait sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée, et dans la limite du forfait par année civile indiqué au tableau des garanties.

Article 4 - EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

Les séjours en gérontologie, en instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours, les soins esthétiques, les cures de thalassothérapie, les cures thermales non prescrites médicalement.

Ne sont jamais pris en charge par la mutuelle :

Les actes référencés ou non par le régime obligatoire d'assurance maladie et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au tableau de garantie, les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé, les soins effectués antérieurement à la date d'effet de la garantie de l'assuré et de ses bénéficiaires, en cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes tels que notamment : téléphone, télévision, boissons, journaux, chambre d'hôtel, location immobilière, frais de transport personnel.

LES COTISATIONS

Article 5 - PRINCIPE DE CALCUL

La cotisation est fonction de l'option de garantie souscrite et de l'âge atteint des assurés bénéficiaires et du département de résidence de l'assuré. **L'âge atteint des assurés bénéficiaires est déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance des assurés bénéficiaires.**

Pour le calcul de la cotisation enfant, sont également assimilés aux enfants à charge :

- Les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin sous réserve :
 - . Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
 - . Qu'ils soient âgés de moins de 26 ans et sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - . Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55% du SMIC ;
 - . Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
 - . Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
 - . Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études.

Le montant des cotisations à l'adhésion est déterminé au certificat d'adhésion. Il est révisé chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'âge atteint par l'assuré bénéficiaire. Les taxes actuelles à la charge de l'assuré sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables au contrat complémentaire santé entraînera une modification du montant de la cotisation.

Article 6 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Indépendamment de l'évolution de la cotisation annuelle afférente à l'âge atteint par chaque assuré au 1^{er} janvier, la cotisation annuelle peut être révisée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale et des résultats techniques prévisionnels du contrat collectif « ALPHA PLUS SANTÉ ».

La cotisation peut également être révisée en cours d'année si la participation à la charge de la mutuelle venait à être augmentée suite à l'évolution de la réglementation de l'assurance maladie obligatoire. La nouvelle cotisation prendra effet à la date de prise d'effet de ladite modification.

Article 7 - PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance sous dix jours par l'assuré à la mutuelle, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

Le règlement de la cotisation peut être fractionné au choix de l'assuré comme indiqué au certificat d'adhésion.

Le fractionnement mensuel ou trimestriel de la cotisation est assujéti obligatoirement à un prélèvement sur compte bancaire.

Article 8 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans le délai de 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure. L'envoi de la lettre recommandée entraîne la suspension immédiate des garanties.

Après un délai de 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, la Mutuelle résilie l'adhésion.

En cas de paiement des sommes demandées sur la lettre de mise en demeure avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du paiement.

Aucune prestation n'est due pour les soins et les hospitalisations pratiqués pendant la suspension des garanties.

LA VIE DU CONTRAT

Article 9 - L'ADHÉSION AU CONTRAT

9.1 Conditions d'adhésion au contrat

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, membres de l'association l'Association des Assurés d'Alpha Plus Santé (3.A.P.S).

9.2 Formalités d'adhésion au contrat

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise notamment, l'option de garantie qu'il souhaite parmi celles prévues au contrat.

L'acceptation de l'assuré par la mutuelle est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré.

Le certificat d'adhésion mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires des garanties, la date d'effet des garanties, l'option de garantie, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions générales.

L'adhésion est établie et la cotisation fixée d'après la déclaration de l'adhérent. En conséquence, l'adhérent doit déclarer avec exactitude les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par la Mutuelle les risques qu'elle prend en charge.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances visées par le paragraphe précédent est sanctionnée par la nullité de l'adhésion. Les cotisations perçues restent intégralement acquises à la Mutuelle à titre de dommages et intérêts.

9.3 Prise d'effet des garanties

Après réception et instruction du bulletin individuel de demande d'adhésion, la mutuelle informe l'adhérent de sa décision et édite le certificat d'adhésion. La garantie prend effet à la date de réception par la mutuelle du bulletin individuel de demande d'adhésion, le cachet de la poste faisant foi, et du règlement de la première cotisation.

Toutefois la garantie peut prendre effet immédiatement à la date de la demande en cas d'adhésion directe auprès d'un intermédiaire dûment habilité par la mutuelle.

9.4 Droit à renonciation suite à un démarchage à domicile

Si l'adhérent a fait l'objet d'un démarchage à domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, celui-ci conserve pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités, la faculté de renoncer à son adhésion. Dès lors que l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, celui-ci ne peut plus exercer ce droit de renonciation. Le droit à renonciation ne s'applique pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle.

9.5 Droit à renonciation suite à une adhésion à distance

En application de l'article L.221-18 du code de la Mutualité, l'adhérent conserve pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter des pénalités, la faculté de renoncer à son adhésion.

9.6 Exercice du droit à renonciation

L'adhérent adresse la lettre de renonciation en recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Mutuelle NOVAMUT
- service gestion adhésion santé -
31-33 rue Christian Pfister
CS 80674
54063 NANCY cedex.

Modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné (e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif dénommé ALPHA PLUS SANTÉ que j'avais souscrit le

Fait à Le signature

9.7 Durée de l'Adhésion

L'adhésion au contrat collectif a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance annuelle fixée au 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation de l'adhésion par l'adhérent dans les conditions déterminées à l'article 10.3.1.

Article 10 - EN COURS D'ADHÉSION

10.1 Modification de l'adhésion

Au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande à la mutuelle au moins deux mois avant cette date, l'assuré peut demander à modifier son option de garantie.

La modification prend effet après accord exprès de la Mutuelle matérialisé par un avenant à l'adhésion qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, la nouvelle option de garantie souscrite et la nouvelle cotisation à cette date.

Si la mutuelle refuse la modification, l'assuré reste garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande de modification.

Au cours de l'adhésion, l'assuré a la faculté de modifier les bénéficiaires des garanties dans les conditions ci-après.

Cette modification donnera lieu à l'émission d'un avenant à l'adhésion par la mutuelle :

- Le lendemain de la radiation d'un bénéficiaire à une garantie de même nature sur présentation du certificat de radiation ou de résiliation ;
- le 1^{er} jour du mois qui suit la modification de la situation de famille de l'assuré sous réserve qu'elle ait été portée à la connaissance de la mutuelle dans un délai de deux mois suivant la survenance de l'événement ;
- le 1^{er} janvier d'un exercice, sous réserve que la demande parvienne à la mutuelle dans les trente jours qui précèdent ladite date.

10.2 Changement de situation

Il appartient à l'adhérent ou à l'assuré concerné, sous peine de déchéance, de signaler les changements dans la situation des assurés :

- Changement d'activité professionnelle même temporaire,
- Changement de situation familiale,
- Changement de régime obligatoire d'assurance maladie,
- Changement de domicile
- Inscription au chômage ou cessation d'activité, même temporaire.

10.3 Résiliation de l'adhésion

L'adhésion peut être résiliée dans les cas ci-après :

10.3.1 Par l'adhérent

- Au 31 décembre de chaque année et moyennant un préavis d'au moins deux mois (le cachet de la poste faisant foi).

Cette demande devra être formulée par lettre recommandée adressée à :

MUTUELLE NOVAMUT
- service gestion adhésion santé -
31-33 rue Christian Pfister
CS 80674
54063 Nancy cedex.

- Au dernier jour du mois civil au cours duquel la demande a été reçue :
 - En cas de changement de statut professionnel entraînant son assujettissement à un nouveau régime obligatoire d'assurance maladie.

Cette demande devra être formulée par lettre recommandée adressée à :

MUTUELLE NOVAMUT
- service gestion adhésion santé -
31-33 rue Christian Pfister
CS 80674
54063 Nancy cedex.

10.3.2 Par la mutuelle

- en cas de non-paiement des cotisations (article L.221-8 du Code de la Mutualité) ;
 - en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L.221-14 du Code de la Mutualité) ;
- La notification de la résiliation par la mutuelle à l'adhérent sera effectuée par lettre recommandée au dernier lieu de résidence en France connu de l'adhérent.

V PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 11 - DOCUMENTS A FOURNIR POUR OBTENIR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement de la mutuelle intervient sur présentation des décomptes du régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement à la mutuelle par cet organisme.

L'assuré ou ses bénéficiaires doivent également joindre un justificatif de frais réels (original de la facture et/ou de l'ordonnance médicale) si :

- Ils ne sont pas indiqués sur le décompte délivré par le régime obligatoire ;
- Le régime obligatoire n'intervient pas ;
- Ils sont consécutifs à une hospitalisation, une cure thermale ;
- Ils concernent les frais dentaires (Prothèses, implantologie, parodontologie, orthodontie) ;
- Ils concernent les frais d'optique (Verres, monture, lentilles) ;
- Ils concernent les prothèses auditives, capillaires, mammaires ;
- Ils concernent les frais d'appareillage et des accessoires médicaux.

La mutuelle se réserve la possibilité de demander toute autre justification qui lui paraîtrait nécessaire ou de missionner, le cas échéant, un de ses médecins experts afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré ou ses bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur adhésion ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

Toutes demandes de prestations et toutes pièces justificatives devront être adressées à :

Mutuelle Novamut
- Prestations santé -
31-33 rue Christian Pfister
CS 80674
54063 Nancy cedex
03 83 17 17 90

Article 12 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations de la mutuelle sont versées en complément du régime français obligatoire d'assurance maladie de l'assuré. Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros. Ces prestations ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Si l'assuré bénéficie de garanties de même nature auprès de plusieurs

organismes assureurs, il peut obtenir le paiement des prestations en s'adressant à l'organisme de son choix. Le cumul des remboursements de la mutuelle, du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires tels que définis au contrat. Les prestations de la mutuelle sont calculées sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et selon ses modalités d'application. La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. La date d'exécution de l'acte est retenue pour les prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Tous les actes doivent être exécutés durant la période de garantie.

12.1 Contrôle médical

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 assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. En cas de refus de l'assuré de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la mutuelle. La mutuelle peut désigner un médecin chargé du contrôle, la charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la mutuelle. La mutuelle contrôle la réalité des dépenses ou des événements justifiant son intervention. Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

12.2 Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la mutuelle a signé des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé. La mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites **et uniquement dans le cadre du respect du parcours de soins**, la prise en charge des frais engagés par l'assuré ou, le cas échéant, par ses ayants droit. A la demande soit de l'assuré, soit de l'hôpital ou de la clinique, la mutuelle peut confirmer à cet établissement qu'il prend en charge les frais de séjour, régler directement la facture de l'hôpital ou de la clinique, dans la limite de la garantie. Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un assuré ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte. Si l'assuré utilise sa carte de tiers payant alors que son adhésion est suspendue notamment pour non paiement de ses cotisations ou résiliée, cet assuré est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes payées à tort par la mutuelle au professionnel de santé. En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Article 13 - DÉLAI DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Lorsque l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle, le remboursement des frais de soins s'effectue directement dès réception des informations. Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission ou pour toutes prestations non concernées par la télétransmission, les frais de soins sont remboursés par la mutuelle dans les meilleurs délais et, en tout cas, dans les huit jours qui suivent la remise de l'ensemble des pièces justificatives.

Article 14 - AUTRES DISPOSITIONS

14.1 Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.221-11, L.221-12 et L.221-12.1 du code de la mutualité, toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les assurés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si l'action de l'assuré contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la désignation d'un expert à la suite de la réalisation d'un risque ou par l'envoi d'une lettre recommandée

avec accusé de réception adressé par l'adhérent ou l'assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations, et par la Mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations. En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajouts sur ses causes de suspension ou d'interruption et ce, même en cas d'accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

14.2 Prestations indues

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle de prestations indûment versées et à procéder à leur remboursement. La Mutuelle peut constater par ses propres contrôles des prestations réglées à tort : un courrier est alors envoyé à l'assuré pour demander le remboursement de l'indu. A défaut de reversement des sommes indûment versées, la mutuelle pourra effectuer le recouvrement par toutes voies de droit.

14.3 Subrogation

A due concurrence des prestations réglées au titre de sa garantie, la mutuelle est subrogée dans les droits de l'adhérent ou de ses ayants droit contre le ou les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage.

14.4 Informatique et liberté

Les adhérents et assurés sont protégés par la loi informatique et liberté (loi du 6 janvier 1978). En effet, ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de la mutuelle ou de ses mandataires. Ce droit d'accès et de rectification peut-être exercé à l'adresse suivante : Mutuelle Novamut, service gestion des adhésions, 31-33 rue Christian Pfister, CS 80674, 54063 Nancy cedex.

14.5 Réclamations et médiation

Toute réclamation portant soit sur le montant des prestations prévues au contrat, soit sur le refus de leur paiement, doit, pour être recevable, parvenir au siège social de la Mutuelle Novamut, « Service Réclamation Adhérents », 31-33 rue Christian Pfister CS 80674 54063 Nancy cedex. Si la réponse donnée ne lui donnait pas satisfaction, l'adhérent pourrait demander l'avis du médiateur, sans préjudice de son droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

14.6 Autorité de Contrôle

La Mutuelle Novamut est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

NOVAMUT

Mutuelle NOVAMUT · Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité · SIREN 331 469 908
Siège social : 31-33 rue Christian Pfister CS 80674 54063 Nancy cedex
03 83 17 17 90 - relations.adherents@novamut.fr