

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

Validé par le Conseil d'administration du 21 novembre 2024



# SOMMAIRE

TITRE 1 <sup>ER</sup> - DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	3
TITRE II - CONTENU DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS.....	3
CHAPITRE 1ER - CONTENU DES ENGAGEMENTS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT ET LA MUTUELLE .....	3
Section I - Dispositions relatives aux formules PRIMO, ESSENTIELLE, NUANCE, INTÉGRALE, POLYGONE .....	5
Section II - Dispositions relatives aux FORMULES LE LIEN.....	6
Section III - Dispositions relatives à la FORMULE ÉTUDIANTS .....	8
Section IV - Dispositions relatives aux formules dites « Labellisées » Fonction Publique Territoriale.....	8
Section V - Dispositions relatives aux formules PRATIQUE, CLASSIQUE, DYNAMIQUE, AUTHENTIQUE, TONIQUE .....	9
Section VI - Dispositions relatives à la surcomplémentaire .....	9
Section VII - Modalités de versement des prestations .....	10
Section VIII - Informatique et Liberté .....	16
Section IX - Contenu des engagements .....	17
CHAPITRE 2 - CONTENU DES ENGAGEMENTS ENTRE CHAQUE MEMBRE HONORAIRE ET LA MUTUELLE.....	17
CHAPITRE 3 - REPARTITION DE LA COTISATION MUTUALISTE .....	18
TITRE III - DURÉE DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS.....	18
CHAPITRE 1 <sup>ER</sup> - DEMISSION DU FAIT DE L'ADHERENT.....	18
CHAPITRE 2 - RADIATION DU FAIT DE LA MUTUELLE .....	19
CHAPITRE 3 - CHANGEMENT DE SITUATION DU MEMBRE PARTICIPANT ET/OU DE SES BENEFICIAIRES .....	19
CHAPITRE 4 - CHANGEMENT DE FORMULE .....	20
TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DU FONDS SOCIAL ET À LA COMMISSION DES AIDES EXCEPTIONNELLES .....	20
TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES.....	20

# RÈGLEMENT MUTUALISTE DE LA SMH

## TITRE 1<sup>er</sup> - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Article 1<sup>er</sup>

Conformément à l'article L.114-1 du Code de la mutualité et à l'article 4 des statuts de la SMH, le règlement mutualiste définit le contenu et la durée des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

### Article 2 - Définitions

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

**Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale (TRSS)** : tarif forfaitaire fixé par voie conventionnelle ou réglementaire pour les actes pratiqués par les professionnels de santé et servant de base aux remboursements de la Sécurité sociale.

**Ticket modérateur** : fraction de dépense de frais de soins laissée à la charge de l'adhérent et correspondant à la différence entre le Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale et le remboursement de celle-ci.

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

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

## TITRE II - CONTENU DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS

### Chapitre 1er - Contenu des engagements entre chaque membre participant et la mutuelle

#### Article 3

Pour pouvoir bénéficier de prestations l'adhérent et les bénéficiaires doivent être affiliés à un régime de protection sociale obligatoire (branche assurance maladie et maternité) suivant :

- Ressortissants du régime spécial de sécurité sociale (par exemple les personnels titulaires de la fonction publique).
- Ressortissants du régime général de sécurité sociale.
- Adhérents retraités relevant du régime spécial ou général de la sécurité sociale.
- Ressortissants du régime de protection sociale des pays de l'union européenne.

#### Article 4

Sauf disposition contraire, la SMH propose des garanties établies dans le cadre du contrat solidaire et responsable. Toutes les garanties proposées par la SMH respectent les modalités et conditions prévues par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application, et intègrent les dispositions de la réforme dite « 100% santé » dans le respect du calendrier prévu par les textes.

La prise en charge des prestations s'effectue dans le respect des exclusions de prise en charge, et des planchers et plafonds de remboursement prévus sur les contrats responsables conformément aux dispositions prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

La mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire prévue au II de l'article L.160-3 du Code de la sécurité sociale,
- La franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.160-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties couvrent totalement, partiellement, ou pas du tout, selon la formule souscrite le montant de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L.160-3 du Code de la sécurité sociale.

En cas de modification de la législation sécurité sociale, il appartient au conseil d'administration, d'ajuster la définition des prestations et/ou cotisations.

Les principes de fonctionnement des prestations accordées par la mutuelle sont les suivants :

- Remboursement selon les taux définis au règlement mutualiste pour la formule souscrite après déduction de la participation de la sécurité sociale ou d'autres intervenants (assurance, employeur ...), sur la base du tarif conventionnel en vigueur, de la base de remboursement du régime obligatoire et/ou de certains dépassements du tarif plafond conventionnel régime général de la sécurité sociale dans la limite de la dépense réelle,
- Prestations forfaitaires spécifiques à certaines dépenses,
- Prestations indemnitaires spécifiques à certaines dépenses,
- Combinaison de prestations.

Les montants et taux de prestations sont précisés en fonction de la situation de l'adhérent et/ou de la formule qu'il a choisie.

Les cotisations sont fixées forfaitairement en fonction de la formule choisie, de la situation de l'adhérent et en fonction des bénéficiaires associés cotisants.

Tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier doivent relever de la même formule que l'adhérent.

#### Article 5 - Adhésion et ouverture des droits

Lors de l'inscription, l'adhérent recevra confirmation de son inscription avec, notamment, les références de son dossier, la date d'effet de son

adhésion et le montant de sa cotisation.

La date d'effet de l'adhésion résulte du choix exprimé par l'adhérent par écrit parmi les possibilités suivantes :

- Le premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion ;
- Le premier jour de l'un des prochains mois suivant la réception du bulletin d'adhésion ;
- Éventuellement, le lendemain du jour de la réception du bulletin d'adhésion, à 0 heure.

Le droit aux prestations prend effet après l'adhésion, selon les modalités d'ouverture des droits à prestations définies pour chaque formule.

Il est impossible pour un nouvel adhérent de bénéficier d'une ouverture anticipée de ses droits statutaires moyennant le règlement d'un rappel de cotisations.

## **Article 6 – Vente à distance : délai de renonciation**

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, dans le cadre d'une vente à distance, l'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de quatorze (14) à compter de la signature du bulletin d'adhésion.

Conformément à l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, dans le cadre d'un démarchage à domicile sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail, même à la demande de l'intéressé, ce dernier a la faculté d'y renoncer dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Afin d'exercer ce droit de renonciation, l'adhérent doit adresser sa demande par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, à la SMH à l'adresse suivante : Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS, ou par envoi recommandé électronique à [contact@smh.fr](mailto:contact@smh.fr)

Le bulletin d'adhésion au règlement ou au contrat collectif à adhésion facultative doit comporter, à peine de nullité, les mentions relatives à la faculté de renonciation ainsi qu'un modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser la Mutuelle SMH des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle SMH les rembourse à l'adhérent dans un délai de trente jours.

## **Article 7 - Cotisations**

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

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Elles peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur la rémunération des agents, sur compte bancaire ou postal, ou être appelées par les services du siège social (cette modalité ne s'applique pas aux contrats labellisés).

Le paiement de cette cotisation peut être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois et doit être fait aux dates convenues lors de l'adhésion.

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

Elle est fixée forfaitairement suivant :

- La garantie choisie ;
- L'âge des adhérents ;
- Le régime obligatoire d'Assurance maladie de rattachement ;
- Le nombre d'ayants droit.

## **Article 8**

Les membres participants se trouvant dans l'une des situations suivantes : détachement, disponibilité, congé parental, congé spécial, démission, retraite, maladie, licenciement..., peuvent être maintenus en tant que membres participants, dans la mesure où ils sont à jour de leurs cotisations. Ces membres participants ont la possibilité de rester adhérents à la mutuelle même s'ils reprennent ensuite une activité professionnelle dans un autre secteur.

## **Article 9**

Il est proposé, à la personne qui souhaite adhérer, une formule d'adhésion correspondant à sa situation professionnelle.

Lors de l'adhésion d'un ayant droit ou de ré-adhésion d'un ancien adhérent, il peut lui être proposé de retourner dans la formule d'adhésion qui le couvrirait au préalable.

## **Article 10**

Les adhérents de la mutuelle bénéficient d'un service assistance mis en place dans le cadre d'un contrat collectif, l'accès à ce service n'est possible que pour les adhérents dont la formule d'adhésion le prévoit. Les personnes couvertes et les garanties sont définies dans les dispositions relatives à la formule d'adhésion et dans la notice assistance correspondante à la formule souscrite.

## **Article 11 – Libre choix**

La mutuelle garantit le libre choix :

- du chirurgien, praticien, omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;

- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire et de tout autre professionnel de santé agréé par la Sécurité sociale ;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la Sécurité sociale.

## **Section I - Dispositions relatives aux formules PRIMO, ESSENTIELLE, NUANCE, INTÉGRALE, POLYGONE**

### **Article 12-1**

Ces formules sont proposées aux personnes exerçant dans le secteur hospitalier et assimilé. La formule souscrite par l'adhérent est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

### **12-2 Les prestations**

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **Classification Commune des Actes Médicaux** et la **Tarifification À l'Activité**, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

### **Article 12-3 Les cotisations**

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

#### **Cotisation Mensuelle :**

Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge  
 + quote-part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent  
 + cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge  
 + cotisation complémentaire santé pour le ou les enfant(s)

Dont quote-part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.36 €) par adhérent.

La méthode de calcul pour le conjoint suit les principes suivants (sur la base du barème de l'adhérent en fonction de la formule souscrite)

Conjoint : 90 % de la cotisation complémentaire santé personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint en formule Primo et 87% de la cotisation complémentaire santé personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint en formule Essentielle, Nuance, Intégrale et Polygone.

La méthode de calcul pour les enfants suit les principes suivants :

Enfant(s) : ajout d'une somme forfaitaire ce qui représente par enfant inscrit :

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Exceptionnellement pour les membres cotisant en formule Intégrale des minorations de cotisations peuvent être accordées, pour les personnes à faibles ressources sur demande du membre participant qui transmet les différents justificatifs selon les dispositions en vigueur (cf. l'article concernant les minorations de solidarité).

Afin de maintenir cet avantage d'une année civile sur l'autre, l'adhérent concerné doit renouveler spontanément sa demande selon les dispositions prévues.

En cas de non-transmission des justificatifs, l'adhérent se voit alors appliquer la cotisation taux plein jusqu'à ce qu'il fournisse à nouveau tout document justifiant qu'il peut effectivement bénéficier de la minoration de cotisations complémentaire santé.

En aucun cas, il ne sera effectué de remboursement de cotisations si une régularisation tardive intervient. La SMH se réserve toutefois le droit de réclamer la différence de cotisations, s'il s'avère qu'un adhérent bénéficie sciemment et indûment de la cotisation minorée.

Les minorations de cotisations complémentaires santé ne concernent que les catégories d'âge à partir de 31 ans.

À partir de 61 ans, le barème de cotisation minoré est accessible uniquement aux adhérents ayant au moins 5 ans d'adhésion ininterrompus le jour de leurs 61 ans.

Si l'adhérent réuni dans sa catégorie d'âge les conditions d'accès à la cotisation complémentaire santé minorée : la cotisation est minorée de 10% du montant de la cotisation complémentaire santé en formule Intégrale taux plein pour l'adhérent (hors assistance), son conjoint (à partir de la catégorie de cotisation 31 ans et plus) et ses enfants.

### **12-4 - Minorations de solidarité Conditions d'attribution et modalités de mise en œuvre**

Elles sont accessibles aux membres participants cotisant en formule Intégrale dans les catégories d'âge à partir de 31 ans jusque 60 ans et à partir de 61 ans aux adhérents ayant au moins 5 ans d'adhésion ininterrompus le jour de leurs 61 ans. L'âge pris en compte pour ces seuils est l'âge du membre participant fixé pour les catégories de cotisation.

Évaluation des ressources dans le cadre des minorations de solidarité, elle se fait en fonction de la catégorie d'âge établie pour l'adhérent : Sur le ou les avis d'imposition, un seul élément est à prendre en compte : le montant du revenu brut global.

Les revenus de l'année N-2, qui figurent sur l'avis d'imposition N-1, servent à déterminer l'accès aux minorations de solidarité pour la cotisation de l'année N, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année N, selon les dispositions prévues par la procédure de contrôle annuel des ressources et d'information des adhérents décrite ci-dessous.

#### **Catégories d'âges de l'adhérent de 31 ans jusque 60 ans :**

- a) Une seule personne adulte au foyer : personne seule avec ou sans enfant(s) : si le montant du revenu brut global apparaissant sur le dernier avis est inférieur à 17 172 Euros, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de cotisation.
- b) Plus d'une personne au foyer : couple avec ou sans enfant(s) (même si un ou plusieurs membres de la famille ne sont pas adhérents à la mutuelle) l'ensemble des derniers avis d'imposition du foyer devront être transmis.

Si la somme des montants des revenus bruts globaux est inférieure à **30 898 Euros**, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de solidarité.

#### **Catégories d'âges à partir de 61 ans pour l'adhérent ayant au moins 5 ans d'adhésion ininterrompus le jour de ses 61 ans :**

- a) Une seule personne adulte au foyer : personne seule avec ou sans enfant(s) : si le montant du revenu brut global apparaissant sur le dernier avis est inférieur à 14 264 Euros, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de cotisation.
- b) Plus d'une personne au foyer : couple avec ou sans enfant(s) (même si un ou plusieurs membres de la famille ne sont pas adhérents à la mutuelle) l'ensemble des derniers avis d'imposition du foyer devront être transmis.

Si la somme des montants des revenus bruts globaux est inférieure à **26 382 Euros**, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de solidarité.

Revalorisation des seuils fixés pour l'évaluation du RBG annuel d'accès aux minorations de cotisation :

#### Principe de base :

Afin de conserver le bénéfice d'une minoration de solidarité d'une année civile sur l'autre, le membre participant doit transmettre le ou les derniers avis d'imposition ou de non-imposition justifiant de tous les revenus du foyer.

Le contrôle des ressources et l'attribution de la minoration de cotisation ne sont réalisés que sur la base de ce (ou ces) seul(s) document(s).

#### Modalités d'informations pour les adhérents bénéficiant déjà de la minoration de cotisation :

Après réception des avis d'imposition, le membre participant sera invité -par courrier personnel- à adresser par retour une photocopie de son ou ses avis d'imposition relatif à l'année N-1. Une date limite de retour est précisée sur le document. Si une évolution de ressources entraîne pour le membre participant l'arrêt du bénéfice de la cotisation minorée, un courrier lui sera adressé pour l'en informer. Il est en outre précisé sur ledit courrier, qu'en cas d'absence de réponse à la date indiquée, le bénéficiaire de la minoration se verra appliquer le taux de cotisation normal.

Si, passé ce délai et la suppression de la minoration de la cotisation appliquée, le membre bénéficiaire nous remet son avis d'imposition, ses droits seront vérifiés. S'il s'avérait qu'il puisse prétendre à nouveau à une minoration de cotisation, le changement sera effectué sur l'échéance la plus immédiate, sans que cela ne puisse donner lieu à effet rétro actif.

#### Modalités d'informations pour les adhérents ne bénéficiant pas de la minoration de cotisation :

Dans la documentation générale SMH, les informations relatives à la minoration y figurent. Cela laisse la possibilité pour chaque membre participant de demander à tout moment l'examen de ses droits en transmettant le ou les avis d'imposition ou non-imposition justifiant de tous les revenus du foyer et en fonction de ce contrôle de bénéficier sans délai de la minoration de cotisation à l'échéance la plus immédiate. Toutefois, en aucune manière, il ne pourra être accepté et pratiqué d'effet rétro actif. La démarche d'obtention de la minoration de cotisation reste une démarche volontaire du membre participant. Enfin, la publication de la SMH la plus proche du mois de septembre relatera à nouveau l'existence de cet avantage et sensibilisera les membres participants à vérifier s'ils sont susceptibles de bénéficier ou pas de la minoration de cotisation.

#### Situations particulières :

En cas de changement de situation entraînant le passage du dossier de l'adhérent en personne seule (suite à un décès, un divorce, une séparation) : seuls les revenus de la personne qui reste seule (et maintient son adhésion à la mutuelle, + éventuellement ceux des enfants) seront pris en compte sous réserve d'adresser les justificatifs nécessaires. Cette modification prendra effet à la prochaine échéance qui suit la réception de l'intégralité des justificatifs.

#### Revenus imposables des enfants :

Les revenus des enfants lorsqu'ils sont imposables et figurent dans le RBG du foyer sont pris en compte.

Exceptionnellement, il sera toléré la non prise en compte des revenus d'un enfant dans la mesure où l'enfant aura souscrit une adhésion individuelle à la SMH pour la période d'évaluation des droits et où l'adhérent en formule la demande accompagnée des justificatifs nécessaires.

### **Article 13 Réserve**

## **Section II - Dispositions relatives aux FORMULES LE LIEN**

Ces formules appelées « Le lien » permettent à l'adhérent qui y souscrit de rester affilié à la SMH et de conserver son ancienneté d'adhésion.

### **Article 13 - Formule le lien HOSPITALIERS**

#### **13-1 - Conditions**

Peuvent être maintenus à la mutuelle en formule « Le lien HOSPITALIERS », les membres participants qui en font la demande et remplissent **toutes les conditions suivantes** :

- être agent de la fonction publique hospitalière bénéficiant du CGOS
- avoir adhéré à la SMH avant son 50<sup>ème</sup> anniversaire (cette limite d'âge ne s'applique pas pour les personnes qui ont adhéré avant le 01/01/2009) et pour les adhésions à compter du 01/01/2020 avoir adhéré à la SMH avant son 55<sup>ème</sup> anniversaire)
- cotiser en formule Essentielle, Nuance, Intégrale ou Polygone depuis au moins 1 an
- bénéficier d'un contrat groupe à adhésion familiale obligatoire souscrit par l'entreprise du conjoint.

Le changement dans cette formule statutaire de maintien de droit est effectué obligatoirement en personne seule.

Son intervention vient sous déduction du remboursement effectué par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire doit être un contrat collectif solidaire et responsable ayant intégré les dispositions relatives à la réforme dite « 100% santé » et souscrit auprès d'un organisme autre que la SMH.

Les adhérents devront justifier annuellement de leur inscription sur le contrat groupe obligatoire souscrit par l'entreprise de leur conjoint.

Le passage de la formule Essentielle, Nuance, Intégrale ou polygone vers la formule le lien peut exceptionnellement être effectué hors date d'échéance.

La demande prend effet après production d'un écrit de la part de l'adhérent accompagné des justificatifs nécessaires d'adhésion en contrat groupe obligatoire imposé par l'entreprise de son conjoint.

De la même façon, dès que l'adhérent ne sera plus couvert dans le cadre du contrat groupe imposé par l'entreprise de son conjoint, il devra en informer immédiatement la SMH et demander la modification de sa formule le lien vers une autre formule d'adhésion à la SMH en dehors de sa date d'échéance.

La modification prendra effet à la date du changement (afin qu'il n'y ait pas d'interruption des droits entre le contrat groupe du conjoint et le contrat à la SMH qui suit celui en formule le lien) après envoi d'un courrier et production d'un certificat de radiation de la mutuelle en contrat groupe obligatoire, précisant la date d'arrêt de cette couverture.

Si l'adhérent en formule le lien, ne bénéficie plus de la couverture obligatoire de l'employeur de son conjoint (pour une quelconque raison) et qu'il ne le signale pas à la SMH, celui-ci ne pourra plus prétendre au versement des prestations prévues par la formule le lien.

L'adhérent qui demande sa démission de la mutuelle, après modification de son adhésion en formule le lien ne pourra le faire qu'après au moins un an de cotisation en formule le lien et en respectant les conditions fixées aux statuts pour toute demande de démission. Si entre temps, l'adhérent ne bénéficie plus du contrat groupe de son conjoint il devra réintégrer une autre formule de mutualisation adaptée aux agents hospitaliers (Primo, Essentielle, Nuance, Intégrale ou Polygone) jusqu'à sa date d'échéance.

### **Article 13-2 - Les prestations**

<sup>1</sup>Jusqu' 31/12/2019 pour les adhésions avant le 50ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.

Pour les nouvelles adhésions à compter du 01/01/2020 pour les adhésions avant le 55ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.

La prise en charge des prestations s'effectue dans le respect des exclusions de prise en charge, et des planchers et plafonds de remboursement prévus sur les contrats responsables conformément aux dispositions prévues aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Ces montants s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par la Sécurité sociale ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

Pour bénéficier des prestations de soins (dépense préventive, médecine douce) l'adhérent devra présenter à la SMH des factures acquittées accompagnées d'un justificatif faisant apparaître la non prise en charge ou un reste à charge de ces dépenses de soins par la mutuelle obligatoire souscrite par l'entreprise du conjoint (exemple : décompte sécurité sociale + décompte mutuelle obligatoire).

### **Article 14- Formule le lien autres secteurs professionnels**

#### **14-1 - Conditions**

Peuvent être maintenus à la mutuelle en formule « Le lien autres secteurs professionnels », les membres participants qui en font la demande car ils bénéficient d'un contrat groupe à adhésion obligatoire.

Le changement dans cette formule de maintien de droit est effectué obligatoirement en personne seule. Les adhérents devront justifier annuellement de leur inscription sur le contrat groupe obligatoire.

Son intervention vient sous déduction du remboursement effectué par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire doit être un collectif responsable, autre que la SMH.

Le passage vers la formule le lien peut exceptionnellement être effectué hors date d'échéance.

La demande prend effet après production d'un écrit de la part de l'adhérent accompagné des justificatifs nécessaires d'adhésion en contrat groupe obligatoire imposé par l'entreprise.

De la même façon, dès que l'adhérent ne sera plus couvert dans le cadre du contrat, il devra en informer immédiatement la SMH et demander la modification de sa formule le lien vers une autre formule d'adhésion à la SMH en dehors de sa date d'échéance.

La modification prendra effet à la date du changement (afin qu'il n'y ait pas d'interruption des droits entre le contrat groupe et le contrat à la SMH qui suit celui en formule le lien) après envoi d'un courrier et production d'un certificat de radiation de la mutuelle en contrat groupe obligatoire, précisant la date d'arrêt de cette couverture.

Si l'adhérent en formule le lien, ne bénéficie plus de la couverture obligatoire de l'employeur (pour une quelconque raison) et qu'il ne le signale pas à la SMH, celui-ci ne pourra plus prétendre au versement des prestations prévues par la formule le lien.

L'adhérent qui demande sa démission de la mutuelle, après modification de son adhésion en formule le lien ne pourra le faire qu'après au moins un an de cotisation en formule le lien et en respectant les conditions fixées aux statuts pour toute demande de démission. Si entre temps, l'adhérent ne bénéficie plus du contrat groupe il devra réintégrer une autre formule de mutualisation adaptée à sa situation professionnelle jusqu'à sa date d'échéance.

### **Article 14-2 - Les prestations**

Pour bénéficier des prestations de soins (dépense préventive, médecine douce) l'adhérent devra présenter à la SMH des factures acquittées accompagnées d'un justificatif faisant apparaître la non prise en charge ou un reste à charge de ces dépenses de soins par la mutuelle obligatoire (exemple : décompte sécurité sociale + décompte mutuelle obligatoire).

La prise en charge des prestations s'effectue dans le respect des exclusions de prise en charge, et des planchers et plafonds de remboursement

prévus sur les contrats responsables conformément aux dispositions prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Ces montants s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par la Sécurité sociale ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

### **Section III - Dispositions relatives à la FORMULE ÉTUDIANTS**

#### **Article 15**

##### **15-1 – Conditions d'adhésion**

La formule Étudiants est ouverte aux étudiants justifiant de leur inscription étudiant âgés de moins de 28 ans, sans charge de famille, ayant opté pour une de ces formules et répondant aux conditions d'adhésion.

##### **15-2 - Les prestations**

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la Classification Commune des Actes Médicaux et la Tarification A l'Activité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

##### **Article 15-3 - Changement de formule**

Changement de formule du fait d'un changement dans la situation :

Les adhérents cotisants en formule étudiants, dont les droits sont ouverts et ne remplissant plus les conditions d'accès à cette formule (exemple limite d'âge, fin des études), se voient proposer par la SMH un changement de formule avec possibilité de choix entre plusieurs formules. Si l'adhérent n'exprime pas de choix parmi les formules proposées son dossier sera automatiquement passé en Primo ou Pratique s'il était adhérent à l'Offre ETUD 1 ou en formule Intégrale ou authentique s'il était adhérent à l'Offre ETUD 2 (selon sa situation professionnelle).

### **Section IV - Dispositions relatives aux formules dites « Labellisées » Fonction Publique Territoriale**

#### **Article 16**

##### **16-1 - Conditions d'adhésion**

Ces formules sont proposées aux personnes qui exercent dans la fonction publique territoriale et souhaitent choisir une offre répondant à la législation sur la labellisation telle que définie par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et les arrêtés relatifs.

La formule souscrite par l'adhérent est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

Pour adhérer dans le cadre des présentes offres l'adhérent devra fournir une copie de sa fiche de paye ou une attestation faisant apparaître son statut d'agent de la fonction publique territoriale et sa date d'entrée.

Il pourra aussi être demandé un certificat de radiation de l'organisme précédent, précisant le montant du coefficient de majoration ou de non-majoration de la cotisation santé.

Il n'est pas prévu d'âge maximal d'adhésion.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents.

##### **16-2 - Les prestations**

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la Classification Commune des Actes Médicaux et la Tarification A l'Activité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Tarification à l'activité (TAA), au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

La participation de la SMH au-delà du tarif de base de remboursement sécurité sociale n'est possible que dans le cadre du parcours de soins, ou des soins en accès direct.

##### **16-3 - Les cotisations**

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

###### **Cotisation Mensuelle =**

Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)

+ quote-part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent

+ cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge

+ cotisation complémentaire santé pour le ou les enfant(s) Cotisation mensuelle personne seule adhérent :

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.



La cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret, lorsque l'adhésion intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté et détaillées ci-dessous.

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de 30 ans, il est calculé une majoration de cotisation de 2 % par année soit à partir de la date d'entrée dans la fonction publique, soit à partir de la dernière adhésion à une garantie de référence. Le coefficient ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis par l'organisme précédent.

Il n'est pas appliqué de majoration de cotisation au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique.

Pour les agents en fonction à la date du 10 novembre 2011, la majoration s'applique à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlement labellisé.

## **Section V - Dispositions relatives aux formules PRATIQUE, CLASSIQUE, DYNAMIQUE, AUTHENTIQUE, TONIQUE**

### **Article 17**

#### **17-1 – Conditions d'adhésion**

Ces formules sont proposées aux personnes qui n'exercent pas dans le secteur hospitalier et assimilé, aux personnes sans activité professionnelle ou en retraite lors de leur demande d'adhésion à la mutuelle.

La formule souscrite par l'adhérent est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

#### **17-2 - Les prestations**

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **Classification Commune des Actes Médicaux** et la **Tarification A l'Activité**, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

La participation de la SMH au-delà du tarif de base de remboursement sécurité sociale n'est possible que dans le cadre du parcours de soins, ou des soins en accès direct.

#### **17-3 - Les cotisations**

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

##### **Cotisation Mensuelle =**

Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)

+ quote-part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent

+ cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge

+ cotisation complémentaire santé pour le ou les enfant(s)

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## **Section VI - Dispositions relatives à la surcomplémentaire**

### **Article 18**

#### **18-1 – Conditions d'adhésion**

La surcomplémentaire santé est ouverte aux personnes ayant opté pour cette formule et répondant aux conditions d'adhésion. La formule souscrite est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

Son intervention vient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'Assurance Maladie Complémentaire, dans la limite des frais réels. Le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire doit être un contrat individuel, autre que la SMH, ou collectif. La garantie ne peut être mise en œuvre que si un contrat de complémentaire responsable intervient en premier (Assurance Maladie Complémentaire).

Il appartient à l'adhérent de justifier de son adhésion à un contrat d'Assurance Maladie Complémentaire à chaque anniversaire d'adhésion à la SMH.

Si l'adhérent ne remplit plus les conditions d'adhésion à la formule surcomplémentaire en dehors de sa date d'anniversaire d'adhésion, il devra en informer immédiatement la SMH et demander la modification de sa formule vers une autre formule d'adhésion à la SMH.

#### **18-2 - Les prestations**

Pour les deux formules, le ticket modérateur est pris en charge sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé (sauf pour les

frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie), déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat.

### **18-3- Les cotisations**

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

#### **Cotisation Mensuelle =**

Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)  
+ quote-part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent  
+ cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge  
+ cotisation complémentaire santé pour le ou les enfant(s) Dont quote-part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.36€) par adhérent.

Conjoint : cotisation complémentaire santé personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire par enfant inscrit :

La cotisation est gratuite pour le 4ème enfant et le(s) suivant(s).

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

### **Article 19 - Réserve**

## **Section VII - Modalités de versement des prestations**

### **Article 20 - Principe indemnitaire**

Les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit. Le membre participant s'engage, sur simple demande de la mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues.

En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la mutuelle.

### **Article 21**

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

### **Article 22**

Les prestations sont versées :

- Soit directement à l'adhérent après échange d'informations avec son centre de paiement ou ceux de ses ayants droit, grâce aux informations fournies par les Cetelic,
- ou à défaut sur présentation du décompte original ou de la facture originale correspondante (précisant la date des soins, leur montant, le code acte, la dépense, le montant payé par l'assuré et éventuellement la base de remboursement par la sécurité sociale), éventuellement la prescription médicale selon la nature de l'acte, et le décompte original du (ou des) autre(s) organisme(s) complémentaire(s) ;
- Soit aux tiers en cas de pratique de dispense d'avance de frais.

### **Article 23 - Dispense d'avance de frais et Tiers payant**

La mutuelle peut pratiquer le Tiers payant et la délégation de paiement avec la sécurité sociale, en matière de prestations.

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

La mutuelle peut délivrer des prises en charge évitant l'avance de frais en matière d'hospitalisation (pour certaines prestations et selon formule d'adhésion).

Afin de faciliter la pratique du tiers payant pour ses adhérents, la mutuelle est adhérente à l'Association pour l'amélioration des échanges d'information entre les complémentaires et les professionnels et établissements de santé, appelée couramment « Association inter-AMC ».

### **Article 24**

La mutuelle peut passer des accords avec des groupements mutualistes ou avec des sections de ces organismes, afin de recourir aux bons offices de celles qui accepteront d'effectuer pour son compte et au profit de ses adhérents d'un département ou d'une région déterminée, une procédure de tiers payant. Le règlement des frais représentant le ticket modérateur ou la participation mutualiste est fait au profit des organismes ci-dessus défini, sur le vu des volets de tiers payant, et d'un relevé justificatif.

Dans le même esprit, la mutuelle peut passer des accords avec d'autres groupements mutualistes ou des sections de ceux-ci afin de leur faire bénéficier de ces mêmes possibilités, moyennant la refacturation détaillée des prestations versées.

### **Article 25**

L'inscription à la SMH vaut ipso facto, procuration générale et permanente à celle-ci pour encaisser en lieu et place des membres participants de la SMH ou de leurs bénéficiaires, les prestations qui leur sont dues par l'organisme de gestion du régime spécial auquel ils seraient affiliés ou par la caisse primaire de sécurité sociale.

## Article 26 - Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la SMH est subrogée à concurrence du montant desdites prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droits contre tout tiers responsable du sinistre qui est à l'origine de l'engagement des frais. Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la SMH a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la SMH de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la SMH tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

## Article 27 - Soins consécutifs à un accident

L'adhérent s'engage à signaler à la mutuelle les dépenses consécutives à un accident et non de la maladie.

L'adhérent doit déclarer à la mutuelle :

- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit ;
- le nom des témoins ;
- les noms et adresses du tiers responsable et de la compagnie d'assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de Gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

En conséquence, dans le cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son adhérent tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance constituerait, au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

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

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

## Article 28 - Versement de prestations à tort

Tout versement indu de prestation constaté, sera porté à la connaissance de l'adhérent. Pour le remboursement de la somme due par l'adhérent : soit la mutuelle procédera à la déduction sur les prestations à venir à verser à l'adhérent, soit l'adhérent sera invité à rembourser la SMH.

## Article 29 - Modalités de versement des prestations

Lorsqu'une prestation est prévue dans un tableau de prestations, elle est versée de la façon suivante :

En cas de changement de formule, pour les prestations forfaitaires ou dont le montant est plafonné par année, le bénéficiaire ne peut percevoir qu'un forfait ou qu'une prestation à l'année, dans la limite du montant du forfait dans la formule d'adhésion du bénéficiaire à la date des soins.

**Honoraires** : les actes remboursés sont identifiés par la Sécurité sociale par des codes de regroupement issus de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ou de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). L'acte de chirurgie correspond aux codes ADC, ACO et à l'acte en K. L'acte d'anesthésie fait référence au code ADA et l'acte technique médical au code ATM.

### **Pharmacie – Prise en charge selon taux défini dans la formule :**

La prise en charge des dépenses de médicaments, quels qu'ils soient (soumis à TFR –Tarif Forfaitaire de Responsabilité- ou non), est réalisée dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et selon les taux de remboursements définis dans la formule d'adhésion.

### **Prestation optique :**

La prestation lunette est versée pour l'une des prestations suivantes : achat de lunettes correctrices ou réparation de lunettes correctrices prises en charge par la Sécurité Sociale.

La prestation lentilles est versée pour l'achat de lentilles correctrices, cette prestation peut être versée qu'il y ait pris e en charge ou non par la Sécurité Sociale selon les dispositions spécifiques à chaque formule. La SMH ne prend en charge que les équipements inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables et qui sont délivrés par un opticien agréé sécurité sociale.

Les forfaits lunettes sont présentés selon la correction du verre correspondant aux codes LPP définis dans la décision du 6 mars 2019 fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) de dispositifs et de prestations d'optique médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Fréquence de prise en charge :

L'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale prévoit que :

**Les remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans** par bénéficiaire **sauf en cas d'évolution** de la vue selon les critères prévus par le code de la sécurité sociale **ou pour les enfants de moins de 16 ans où la prise en charge est annuelle** et à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans dans le cas où la monture n'est plus conforme à leur morphologie.

Le renouvellement d'un équipement à l'issue d'une période de un an et dans un délai inférieur à 2 ans, en cas d'évolution de la vue, s'appuie sur une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente.

Si la correction a été adaptée par l'opticien, il doit fournir la prescription initiale sur laquelle il mentionne la nouvelle correction.

Ces limitations s'appliquent en cas de changement de situation d'un bénéficiaire (passage d'adhérent à ayant droit et vice versa) ou en cas de changement de formule.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

En sus l'arrêté susmentionné dispose que « La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire. »

La prestation lentilles est limitée à un forfait par bénéficiaire et par année civile pour des lentilles prises en charges ou non prises en charge par la Sécurité sociale. Dans le cas d'une personne bénéficiant de la prestation lentilles prises en charges par la sécurité sociale et de lentilles non prises en charge par la sécurité sociale au cours de la même année civile, le plafond de forfait pris en compte pour l'attribution du forfait annuel versé par la mutuelle est celui du forfait lentilles prises en charge par la sécurité sociale.

Les plafonds de remboursement prévus par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 sont les suivants : Equipement composé de 2 verres simples : 420 €

Equipement mixte composé d'un verre simple et d'un verre complexe : 560 € Equipement composé de 2 verres complexes : 700 €

Equipement mixte composé d'un verre simple et d'un verre très complexe : 610 € Equipement mixte composé d'un verre complexe et d'un verre très complexe : 750 € Equipement composé de 2 verres très complexes : 800 €

Le remboursement de la monture ne peut pas dépasser 100€.

**Basse vision :** L'adhérent doit faire une demande d'accord préalable à la mutuelle en adressant un devis détaillé du matériel médical de correction pressenti et un certificat médical attestant la pathologie de basse vision.

La mutuelle indique à l'adhérent soit son refus soit son acceptation (dans ce cas elle précise à l'adhérent le montant du forfait auquel il pourra prétendre).

Le forfait basse vision est versé sur présentation de la facture acquittée du matériel médical de correction adapté, correspondant au devis accepté par la mutuelle. La date de soins prise en compte est la date de facture.

Chirurgie réfractive :

Fournir la facture acquittée détaillant la nature de l'acte et attestant qu'il s'agit de chirurgie réfractive.

#### **Appareillages médicaux :**

(Seringues, pansements, ceintures de maintien, bas à varices, prothèses mammaires, capillaires, oculaires, étuis péniens)

Seuls les appareillages inscrits à la LPP (Liste des Produits et Prestations) et pris en charge par la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement : prestation supplémentaire selon formule et sur présentation de la facture acquittée accompagnée de la prescription médicale.

#### **Prothèses auditives :**

Pour les formules où une prestation forfaitaire est prévue par appareil : équipement de 2 oreilles = 2 appareils = 2 prestations forfaitaires.

La mutuelle intervient pour les équipements pris en charge par la Sécurité Sociale.

Le forfait acquisition est versé pour l'achat d'un nouvel appareil prescrit par un médecin ORL, cette prestation est versée dans la limite des frais engagés et des éventuelles participations d'autres organismes.

**Hospitalisation** : (médicale, chirurgicale, psychiatrique) prise en charge par la sécurité sociale Cette prestation ne comprend pas les frais d'hébergement.

**Chambre particulière** : Les suppléments personnels ne sont pas compris (TV, téléphone, service de conciergerie...)

Le remboursement peut être différencié, selon la formule, entre une chambre particulière avec hébergement (avec nuitée) ou ambulatoire (sans nuitée).

Prestation selon les formules.

Hospitalisation (hôpitaux et cliniques conventionnées et agréées) :

Supplément chambre particulière hospitalisation (médecine, chirurgie) : prestation selon formule exprimée en Euros par jour (à concurrence des frais engagés) avec un nombre de jours maximum pris en charge par année civile.

Supplément chambre particulière hospitalisation (long séjour psychiatrique) : prestation selon formule exprimée en Euros par jour (à concurrence des frais engagés) avec un nombre de jours maximum pris en charge par année civile.

Maternité :

Supplément chambre particulière maternité : prestation selon formule exprimée en Euros par jour (à concurrence des frais engagés) avec un nombre de jours maximum pris en charge par année civile.

**Forfait journalier** : la prestation forfait journalier est versée par la mutuelle dans le cadre des hospitalisations prises en charge par le régime obligatoire. Elle est limitée au forfait facturé par les établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale. Sont concernés les séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY).

En sont exclus les forfaits journaliers facturés dans le cadre :

- D'une hospitalisation non prise en charge par le régime obligatoire (ex : esthétique ...); de l'hébergement (ex : accueils spécialisés, IEM ...),
- D'un séjour en unité et centre de soins de longue durée ;
- D'un séjour en établissement et service accueillant des personnes âgées ou leur apportant à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

**Frais d'accompagnant** : pour les enfants de moins de 12 ans Remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant

Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone services de conciergerie ...)

Cette prestation a pour objet de couvrir les frais supplémentaires occasionnés par l'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 12 ans du fait de la présence d'un accompagnant.

Les frais sont limités à un accompagnant par enfant, ou par famille en cas d'hospitalisation simultanée de plusieurs enfants dans un même établissement. Seuls les enfants inscrits en tant qu'ayant droit peuvent bénéficier de la prestation pour frais d'accompagnant.

Lorsque le bénéficiaire est couvert par plusieurs organismes pour la prestation frais d'accompagnant, le montant des prestations versées par les différents organismes ne peut excéder le montant total des frais engagés. Lorsque les deux parents ne sont pas inscrits à la SMH, il pourra être demandé des informations complémentaires concernant la couverture éventuelle par un autre organisme. Il appartiendra à l'adhérent de fournir tous justificatifs nécessaires à la SMH afin que sa prestation puisse être étudiée.

Les frais d'accompagnant pris en charge sont les frais de repas et nuitée(s) facturés directement par l'établissement hospitalier de santé public ou privé pour les frais d'accompagnant. La prestation sera versée uniquement sur présentation de la facture détaillée émise par l'établissement hospitalier, facture précisant la date du ou des paiements, signée et acquittée avec le cachet de l'établissement hospitalier. Le montant total des frais est limité à celui du tarif en vigueur au sein de l'établissement.

**Cure thermale** : le forfait cure thermal est versé uniquement pour les cures thermales prises en charge par le régime obligatoire. Les frais de dossier ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

**Thalassothérapie jeune maman** : la prestation est versée lorsque celle-ci est effectuée dans l'année qui suit la naissance de l'enfant à condition que l'enfant soit inscrit à la mutuelle, pour une thalassothérapie effectuée en établissement de cure thermale. La prestation est versée une seule fois par naissance. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation cure.

**Supplément prothèses dentaires :**

Il appartient à l'adhérent de fournir tous justificatifs demandés par la mutuelle afin d'étudier le remboursement des prothèses dentaires selon la localisation de la dent et le type de prothèse posé, si la formule souscrite le prévoit. L'adhérent fournira la facture acquittée et détaillée du chirurgien-dentiste accompagnée du décompte de sécurité sociale. A défaut la prestation minimale sera réglée par la mutuelle.

**Pose d'un implant** : la prise en charge de la pose d'implant est limitée à la pose d'implant(s) intra-osseux intra-buccal(aux) chez l'adulte ou chez l'enfant.

**Orthodontie** : pour le paiement de la prestation, la mutuelle peut demander une facture détaillée précisant la date de début et de fin du semestre de soins. Si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

**Vaccins non remboursables :**

Fournir la note d'honoraire acquittée remise par le praticien ou la prescription médicale accompagnée de la facture émise par la pharmacie (Ticket Vitale).

**Allocation décès** : l'allocation est versée en cas de décès de l'adhérent, du conjoint ou d'un enfant inscrit sur le dossier, sur présentation d'un acte de décès. En cas de nécessité la mutuelle peut être amenée à demander des documents complémentaires pour le versement de cette prestation.

**Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif, anneau vaginal contraceptif) :**

Fournir la prescription médicale accompagnée de facture acquittée détaillée du pharmacien.

**Ostéodensitométrie non remboursée :**

Fournir la facture acquittée détaillant la nature de l'acte.

**Forfait arrêt du tabac :**

Fournir la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée des substituts nicotiques prescrits.

Cette prestation est versée dans le cadre d'un sevrage tabagique suivi par le médecin traitant ou dans le cadre de consultations d'aide à l'arrêt du tabac.

**Amniocentèse :**

Fournir la note d'honoraire acquittée établie par le praticien ou la facture acquittée de l'établissement de soins sur lesquels sont portées les sommes à charge et attestant le refus de prise en charge par le régime obligatoire.

**Médecine complémentaire :**

**Diététique et médecines douces** (Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acuponcture)

Pour les actes de diététique fournir la facture acquittée mentionnant les coordonnées du diététicien diplômé d'état avec son numéro d'inscription au répertoire ADELI, le bénéficiaire des soins et la date de la séance.

Pour les actes d'ostéopathie fournir la facture acquittée par le praticien mentionnant qu'il est reconnu par le régime de sécurité sociale français ou adhérent à un organisme officiel (registre des ostéopathes de France, registre national des ostéopathes de France, syndicat national des ostéopathes de France, union fédérale des ostéopathes de France), le bénéficiaire des soins et la date de la séance.

Pour les actes de chiropractie ou d'acuponcture fournir la facture acquittée mentionnant les coordonnées du chiropraticien ou de l'acuponcteur, le bénéficiaire des soins et la date de la séance.

Pour les actes d'étiopathes fournir la facture acquittée mentionnant les coordonnées de l'étiopathe inscrits au Registre National des Etiopathes (Liste actualisée et communiquée au Ministère de tutelle), le bénéficiaire des soins et la date de la séance.

**Allocations journalières :**

En cas de diminution du traitement de base et après épuisement des droits ouverts à l'adhérent du fait de l'administration employeuse à un organisme intervenant dans ce domaine (CGOS), la mutuelle garantit aux agents de la fonction publique hospitalière en activité (titulaires, stagiaires, contractuels dès qu'il y a intervention du CGOS) cotisant en formule Nuance, Intégrale ou Polygone (en tant que conjoint ou adhérent) ou en formule «Le lien Hospitalier», le paiement d'une allocation dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé de longue maladie, d'un congé de maladie longue durée, selon les modalités définies ci-après :

- Prise en charge pour la maladie ordinaire : pendant 4 mois à partir du 1<sup>er</sup> jour du 9<sup>ème</sup> mois.
- Prise en charge pour la longue maladie : pendant 7 mois à partir du 1<sup>er</sup> jour du 18<sup>ème</sup> mois puis pendant 2 mois à partir du 1<sup>er</sup> jour du 30<sup>ème</sup> mois.
- Prise en charge pour la maladie longue durée : pendant 7 mois à partir du 1<sup>er</sup> jour du 42<sup>ème</sup> mois puis pendant 2 mois à partir du 1<sup>er</sup> jour du 54<sup>ème</sup> mois.

Cette allocation est complémentaire à la couverture CGOS dont bénéficient les agents de la fonction publique hospitalière, pendant les mois précédents (voir tableau ci-après).

Le montant de l'allocation journalière versé par la mutuelle est égal à :

20% du traitement de base indiciaire en formule Nuance,

35% du traitement de base indiciaire en formule Intégrale, et formule « Le lien Hospitalier », 40% du traitement de base indiciaire en formule

Polygone.

Pour l'ensemble des adhérents, l'allocation est limitée à hauteur de 700 € par mois pour un équivalent temps plein.

Dans tous les cas, l'adhérent devra justifier d'une perte de salaire pour pouvoir prétendre au bénéfice des allocations. En outre l'allocation ne pourra entraîner le gain d'un salaire plus important en maladie qu'en activité. En cas de travail à temps partiel, pendant les mois précédents l'arrêt, le traitement de base indiciaire pris en compte sera rapporté au *prorata temporis* du temps de travail rémunéré.

Les primes et autres majorations ne pourront en aucun cas être prises en compte.

Cette allocation n'est plus attribuée à partir du jour où l'agent est mis en disponibilité d'office ou en retraite. Pour les personnes qui adhèrent après le 01/01/2009 en formule Nuance, Intégrale ou Polygone :

Ces allocations sont accordées si leur adhésion a lieu avant leur 50<sup>ème</sup> anniversaire.

Pour les nouvelles adhésions à compter du 01/01/2020 pour les adhésions avant le 55<sup>ème</sup> anniversaire.

Ces allocations sont accordées pour les arrêts dont l'origine est postérieure à la date d'adhésion à la mutuelle.

Pour toute nouvelle adhésion, une période de stage d'un an est prévue pour bénéficier de ces allocations : aucune allocation ne sera versée pendant la période de stage.

Ce stage sera supprimé pour toute personne qui présente un certificat de radiation d'une mutuelle (sans interruption de droit) et justifiant de l'existence d'une garantie similaire (avec des droits ouverts).

Pour les personnes qui ont adhéré à la mutuelle avant le 01/01/2009 en formule Intégrale ou Polygone (date de mise en place de l'allocation), il n'y a pas de condition d'âge à l'adhésion pour prétendre au versement de ces allocations, ni de période de stage pour les allocations journalières définies dans la formule d'adhésion souscrite avant le 01/01/2009. Cette allocation sera accordée pour les arrêts dont l'origine est postérieure à la mise en place de l'allocation soit au 01/01/2009.

Pour tous les adhérents quelle que soit leur date d'adhésion :

En cas de changement de formule, le stage d'un an concerne le différentiel de prestation entre les deux formules.

Afin de pouvoir prétendre au versement de la prestation allocation journalière l'adhérent devra fournir tout document nécessaire à l'examen de sa demande : attestation de l'employeur, fiche de paye, attestation de la caisse de prévoyance, document de la mutuelle complété par le CGOS et l'employeur.

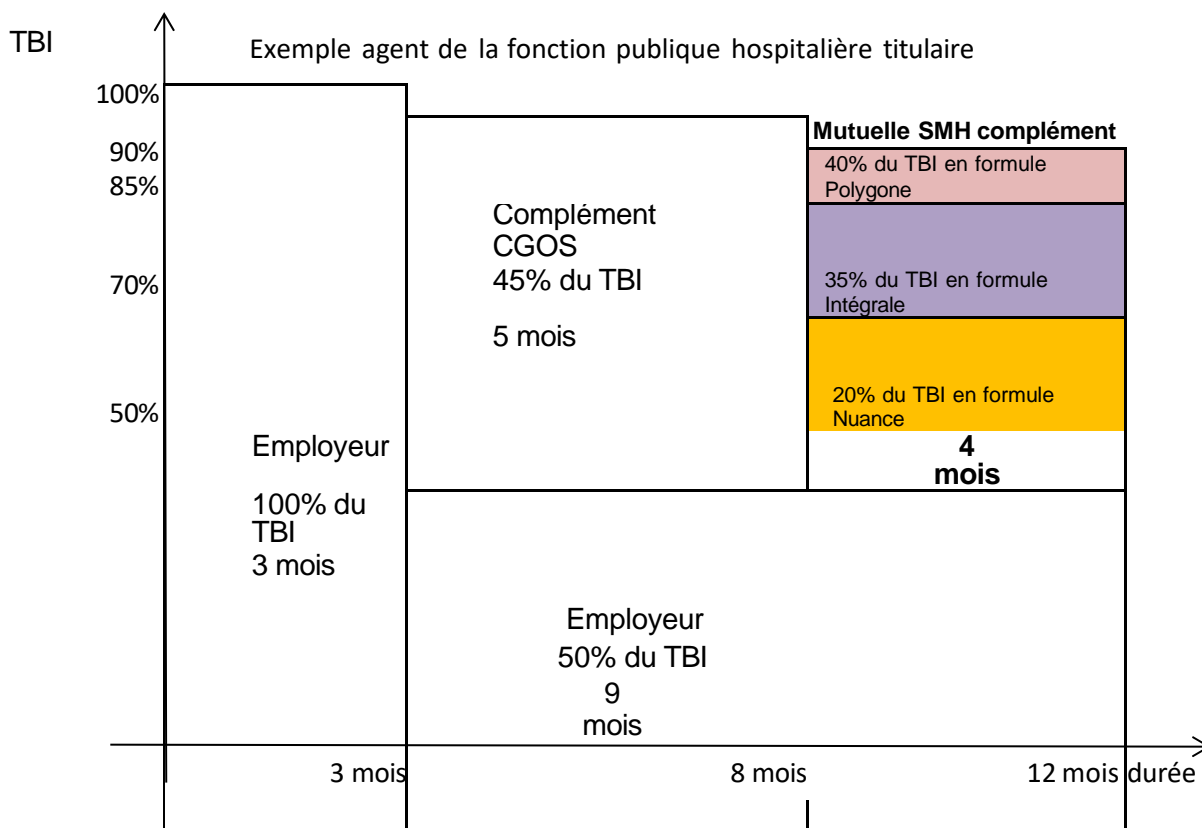
L'adhérent devra indiquer à la mutuelle les autres garanties souscrites à titre individuel ou collectif couvrant son arrêt. La prestation SMH ne pourra intervenir qu'après ces organismes.

La perception par l'adhérent des allocations engage l'adhérent à rembourser spontanément la mutuelle dans le cas où son arrêt serait re qualifié et indemnisé différemment par son employeur ou un autre organisme. L'adhérent accepte également de fournir à la mutuelle à posteriori tout document nécessaire au contrôle du bon versement de la prestation : fiches de paye, avis d'imposition ... Dans le cas où il aurait reçu des allocations à tort (rappel de traitement ou toute forme d'aide ou prestation légale), il les remboursera à la mutuelle.

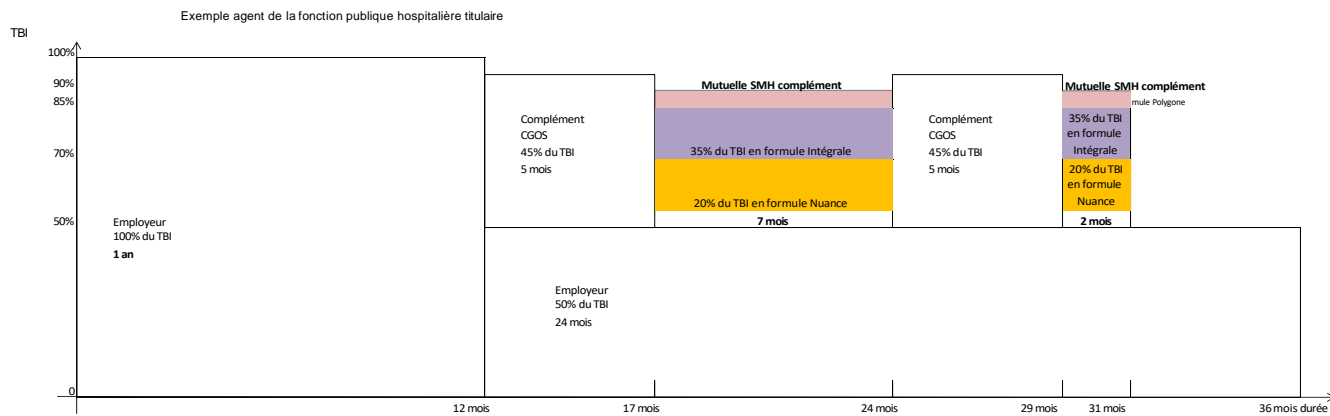
En cas de constatation de fraudes, de fausses déclarations ou d'omission de la part de l'adhérent, la mutuelle pourra arrêter définitivement le versement de toute allocation à la personne concernée et le cas échéant récupérer les sommes non dues par les moyens à sa disposition.

L'allocation et les présentes dispositions sont révisables annuellement en assemblée générale et conseil d'administration.

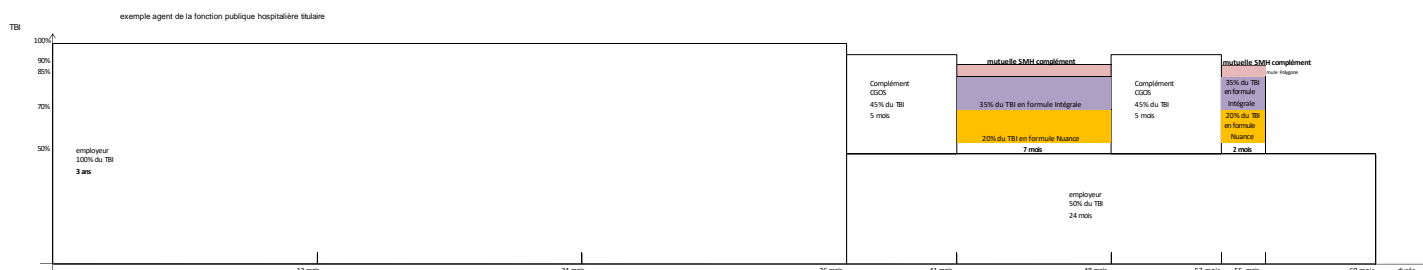
### Maladie ordinaire



## Congé longue maladie



## Congé longue durée



**Surcomplémentaire santé** : pour bénéficier des prestations de soins, l'adhérent devra présenter à la SMH le décompte de la Sécurité sociale ainsi que la facture acquittée accompagnée d'un justificatif faisant apparaître la non prise en charge ou un reste à charge de ces dépenses de soins par le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire intervenant en premier, dans la limite des frais réels (exemple : décompte Sécurité sociale + décompte de la mutuelle obligatoire ou facultative).

## Article 30 - Prescription

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la SMH, a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Un acte d'exécution forcée.
- La prescription est également interrompue par la désignation d'un expert à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par SMH à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle SMH, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur telle que prévue par l'article 50 du présent règlement.

La prescription a un caractère impératif. En effet, par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ; conformément à l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité.

## Article 31 - Forclusion

Pour être recevable, toute demande de remboursement de prestations, accompagnée des justificatifs nécessaires, doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date des soins ou de facture. Passé ce délai, elles n'ouvriront plus droit à remboursement.

## Section VIII - Informatique et Liberté

### Article 32 - Règlement européen sur la Protection des Données personnelles (RGPD)

La mutuelle met en œuvre des traitements automatisés d'informations pour l'ensemble de ses activités et s'engage à respecter les dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel.

Lorsque cela est nécessaire, l'adhérent est informé, au moment de leur collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations qui lui sont demandées.

Ces traitements ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'adhésion à la mutuelle de l'adhérent ;
- la gestion des adhérents et la prospection commerciale ;
- l'amélioration du service à l'adhérent en proposant des produits ou services permettant d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ;
- les études statistiques, enquêtes et sondages ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

L'ensemble des traitements listés ci-dessus ont pour fondement légitime :

- l'exécution d'un contrat d'adhésion auquel l'adhérent est partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à sa demande ;
- le respect d'une obligation légale à laquelle la mutuelle est soumise ;
- l'intérêt légitime poursuivi par la mutuelle notamment la prospection commerciale ou la lutte contre la fraude ;
- la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments définis ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement lui sera demandé.

Dans le cadre de la gestion des prestations, la mutuelle est amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. L'adhérent consent explicitement à ce que la mutuelle traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les destinataires de ces données sont :

- les personnels chargés de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats d'adhésion ;
- les partenaires ;
- les prestataires ;
- les sous-traitants ;
- la MDGOOS, mutuelle dédiée
- s'il y a lieu, les co-assureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties ;
- les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseil et le personnel habilité ;
- l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance ;
- les organismes sociaux ;
- les personnes intéressées au contrat.

Les données de l'adhérent ne sont transférées en dehors de l'Union européenne que lorsque c'est nécessaire à l'exécution du contrat.

Les données de l'adhérent sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de Protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

L'adhérent dispose également d'un droit à la portabilité sur les données qu'il a communiquées à la mutuelle, données nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

L'adhérent a le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque le consentement de l'adhérent a été recueilli pour le traitement de certaines données, il peut le retirer à tout moment.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, les membres participants, leurs ayants droit et les membres honoraires disposent, dans les conditions et limites prévues par la réglementation des droits suivants :

- droits d'accès, de rectification et d'effacement de leurs données ;
- droit à la limitation du traitement de leurs données ;
- droit d'opposition au traitement de leurs données sous réserve qu'il n'existe pas pour la mutuelle de motifs légitimes et impérieux ;
- droit à la portabilité ;
- définir le sort de ces données en cas de décès.

Pour exercer l'un des droits susvisés, le membre participant, l'ayant droit ou le membre honoraire adresse une lettre simple accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité à la SMH à l'attention du service DPO par mail à [dpo@smh.fr](mailto:dpo@smh.fr) ou par courrier à Mutuelle SMH - Service DPO, Parc Eurasanté Ouest – 310 avenue Eugène Avinée – 59120 LOOS.

Dans le cadre de la protection des données à caractère personnel et du respect de la vie privée, une réclamation auprès de la CNIL peut être introduite. Dans cette hypothèse, le membre participant, ses ayant droits ou le membre honoraire est invité à contacter la mutuelle, préalablement à cette saisine, aux coordonnées ci-dessus mentionnées.



## **Section IX - Contenu des engagements**

### **Article 33 - Modification du contenu des engagements**

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale et/ou le conseil d'administration de la SMH s'imposent à la mutuelle ainsi qu'à ses adhérents, sous réserve de leur conformité aux dispositions du code de la mutualité.  
Les modifications des montants ou des taux de cotisations, ainsi que des prestations, sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

### **Article 34 - Information des adhérents**

Pour toute modification des montants ou des taux de cotisations, ainsi que des prestations, la SMH adresse au domicile de tous les membres participants une information sur les nouveaux barèmes.  
Chaque membre participant ou honoraire reçoit par courrier ou par son correspondant ou délégué de section, la Presse Mutualiste. Des informations peuvent être communiquées par mail ou mises à disposition sur le site Internet de la SMH. Les informations ainsi portées à la connaissance de l'adhérent revêtent le même caractère que si elles avaient fait l'objet d'un courrier personnel. L'adhérent ne peut se soustraire aux obligations qu'il a envers la mutuelle, et dont il serait informé par ces supports.

### **Article 35 - Cotisation erronée**

Lorsque la cotisation versée par l'adhérent est erronée, et après constatation, elle donne lieu :

- Si l'erreur est incontestablement imputable aux services administratifs de la SMH : un remboursement du trop-perçu par la SMH, pourra être envisagé avec effet rétroactif sur une période maximale d'un an (chaque membre participant étant invité à vérifier le montant de sa cotisation après l'assemblée générale adoptant des changements de cotisations).
- Si l'anomalie place l'adhérent en position de débiteur par rapport à la SMH : le montant des cotisations sera dû intégralement pour la période d'un an précédent la découverte de l'anomalie.

Dans ce cas des facilités de paiement - règlements échelonnés - pourront être étudiées en fonction de la situation de chaque adhérent par le service contentieux.

### **Article 36 - Modalité d'examen de la réclamation et médiation**

En cas de litige entre l'adhérent et la mutuelle, l'adhérent formule sa réclamation auprès des services administratifs de la SMH.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

L'adhérent pourra soumettre sa réclamation au Service Qualité de la SMH soit par courrier à l'adresse suivante : Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS, soit par mail à [service-qualite@smh.fr](mailto:service-qualite@smh.fr).

La Mutuelle SMH s'engage à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation au service Réclamation conformément à la recommandation n°2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

Si le litige persiste après épuisement des voies de recours internes, l'adhérent pourra soumettre sa réclamation au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Il peut adresser sa demande soit par mail ([mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)), soit par courrier à l'attention de : Madame ou Monsieur le médiateur fédéral, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Dans ce cas, pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle.

Le Médiateur a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent à sa Mutuelle dans les domaines relatifs à l'exécution des contrats.

Le règlement de la Médiation de la Consommation de la Mutualité Française fait mention des différents cas pour lesquels le Médiateur ne peut examiner le litige, à savoir :

- Le litige n'entre pas dans son champ de compétence ;
- L'adhérent ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle SMH par une réclamation écrite ; toutefois le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- L'adhérent ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un Tribunal.

### **Article 37 - Opposition au démarchage téléphonique**

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, sur le site suivant : <http://www.bloctel.gouv.fr/>. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone.

## **Chapitre 2 - Contenu des engagements entre chaque membre honoraire et la mutuelle**

### **Article 38 - Les cotisations**

La cotisation des membres honoraires est fixée annuellement à 120 Euros. Elle est payable annuellement par avance.

## Chapitre 3 - Répartition de la cotisation mutualiste

### Article 39

Une part des cotisations est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle, et une autre part est affectée à différents organismes comme suit :

- Les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédération) ou techniques (caisses autonomes, caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes,
- La cotisation affectée au service assistance, lorsque la formule le prévoit.

Au 01/01/2025 : La cotisation assistance pour les offres individuelles du règlement mutualiste est (selon tarif dans le cadre du contrat collectif entre l'assisteuse et la mutuelle) de 3,96 €HTCA\*/an/adhérent

\* donnée indicative susceptible d'évolution selon contrat

Le montant de la prime est majoré de la TCA au taux en vigueur lequel est au jour des présentes de 9%

Soit 5,04 € annuel TCA incluse.

## TITRE III - DURÉE DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS

### Chapitre 1<sup>er</sup>- Démission du fait de l'adhérent

#### Article 40 - Renouvellement, résiliation de l'adhésion

Toute adhésion est souscrite pour une durée d'un an puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation :

❖ À l'échéance,

Dans ce cas, l'adhérent peut mettre fin à son adhésion, un an après l'adhésion.

❖ Dans les conditions de la loi Châtel prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité,

❖ En cas de changement de situation personnelle de l'adhérent en lien avec le contrat en application de l'article L.221-17 du Code de la mutualité :  
« Lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et 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.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle ou l'union 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 ou à l'union dans les cas de résiliation susmentionnés.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation ».

❖ À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande.

❖ En cours d'année, dans les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

- Perte du régime d'assurance maladie obligatoire
- Attribution de la CSS à l'adhérent
- Décès de l'adhérent.

Dans ce cas, la résiliation prend effet après réception des justificatifs correspondants.

La notification de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre ou tout autre support durable (ex : email) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou auprès de votre conseiller mutualiste ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation.

L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, la mutuelle rembourse au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

## **Article 41 - Conséquence de la résiliation, radiation**

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation/radiation.  
En cas de résiliation/ radiation l'adhérent retourne à la mutuelle la/les carte(s) d'adhérent.

## **Chapitre 2 - Radiation du fait de la mutuelle**

### **Article 42 - Suspension des garanties et radiation statutaire par la mutuelle**

Afin de faciliter le règlement des cotisations pour les membres participants, la cotisation annuelle est payable mensuellement et exigible au 1<sup>er</sup> jour du mois commençant à courir.

En cas d'impayés, la mutuelle peut légalement procéder à la suspension des garanties d'un adhérent, puis à leur résiliation (conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité).

En cas de retard dans les paiements des cotisations, les pénalités suivantes sont prévues :

En cas de rejet de prélèvement sur compte bancaire, une participation de l'adhérent aux frais d'un montant de 7.62€ sera demandée pour chaque réclamation.

### **Article 43 - Procédure de suspension des garanties**

La mise en demeure des adhérents se fait automatiquement si l'adhérent ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance de la cotisation impayée.

La mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure précisant que la mutuelle peut suspendre les garanties 30 jours après réception de cette mise en demeure de ceux-ci et informer les tiers concernés de la situation des adhérents.

Durant la période de suspension des garanties les prestations sont mises en attente et l'adhérent n'est plus autorisé à utiliser sa carte d'adhérent. Aucune nouvelle carte ne pourra lui être remise, avant régularisation de la situation.

### **Article 44 - Défaut de paiement et Radiation**

Si à la suite de la suspension des garanties, l'adhérent ne procède pas au paiement intégral de la somme due, la mutuelle pourra légalement procéder à la radiation de l'adhérent au bout d'un délai de 10 jours, après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'article précédent de suspension des garanties.

### **Article 45 - Utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent**

Dès l'instant où l'adhérent ou un de ses bénéficiaires ferait usage de la carte SMH alors que le membre participant : se trouve en position de débiteur vis à vis de la mutuelle, fait l'objet d'une procédure de radiation statutaire, ou s'est porté démissionnaire, ce dernier se verra dans l'obligation de réparer le préjudice causé à la mutuelle et de régler les sommes indûment versées par celle-ci du fait de l'usage abusif de la carte.

### **Article 46 - Action en justice**

En cas d'impossibilité d'aboutir au règlement des sommes dues par des solutions amiables, le conseil d'administration de la mutuelle, peut décider de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice.

## **Chapitre 3 - Changement de situation du membre participant et/ou de ses bénéficiaires**

### **Article 47 - Inscription et maintien d'ayant droit en tant que bénéficiaires**

#### **47-1 – Les descendants**

a) Peuvent être maintenus en qualité d'ayant droit de leurs parents ou de la personne qui en a la charge (justifiée par jugement du tribunal, attestation d'adoption ou de garde ou carte d'assuré social), les enfants célibataires à charge jusqu'à leurs 27 ans révolus (qu'ils soient étudiants, en formation, chômeurs...), tant que leurs revenus mensuels sont strictement inférieurs à la moitié du SMIC et qu'il soit à la charge fiscalement de l'adhérent et résident dans un pays affilié à la carte Européenne d'Assurance Maladie.

b) Prise en charge des descendants au second degré :

Lorsque le descendant au premier degré de l'adhérent remplit les conditions pour être ayant droit, son ou ses descendants directs peuvent également être "ayant droit" s'ils remplissent les mêmes conditions.

c) Prise en charge des personnes handicapées (sur présentation du certificat de la notification de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des maisons départementales des Personnes Handicapées) faisant état d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% et de la carte d'invalidité) : Les personnes handicapées, peuvent être prises en charge en tant qu'ayant droit, sans limite d'âge, dans les conditions de ressources du a) (allocations d'aide au handicap non prise en compte).

d) Les enfants ne pouvant être maintenus en qualité d'ayant droit peuvent s'ils en font la demande, devenir membres participants.

e) Lorsqu'un descendant ne remplit plus les conditions de maintien en tant qu'ayant droit de l'adhérent, il est informé des modalités pour devenir membre participant.

Il appartient ensuite au bénéficiaire concerné de se manifester pour procéder à l'adhésion. Sans réponse et à défaut de remplir les conditions de maintien en tant qu'ayant droit, la mutuelle procédera à la radiation du bénéficiaire du dossier de l'adhérent.

#### **47-2 - Conjoint**

En cas de décès ou de séparation de l'adhérent, son conjoint, concubin, partenaire ayant souscrit un PACS peut demander à devenir membre participant de la SMH, dans les 30 jours qui suivent l'envoi par la SMH du courrier consécutif à survenance de l'événement ou de la radiation.

Remarque : En cas de demande de radiation de conjoint, concubin, partenaire ayant souscrit un PACS la SMH adresse à celui-ci, un courrier l'informant de la procédure de radiation dont il fait l'objet, et l'invitant à se manifester dans les 30 jours.

Sans réponse dans ce délai, la radiation devient définitive, sans possibilité de recours.

## **Article 48 - Obligation d'information en cas de changement de situation**

Il appartient au membre participant de faire connaître à la mutuelle toute modification de sa situation ou de celle des bénéficiaires inscrits sur son dossier, qu'elle ait ou non des conséquences sur son taux de cotisation.

## **Article 49 - Changement de situation familiale et professionnelle**

Tout changement de situation familiale (adhésion ou radiation de conjoint – descendant) est enregistré par la mutuelle dès réception de la demande écrite de l'adhérent.

Pour les radiations de bénéficiaires, la modification prend effet à l'échéance qui suit la réception de la demande.

Pour les inscriptions de bénéficiaire, l'inscription prend effet le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande (avec possibilité de rappel de cotisation lorsque le prélèvement est déjà engagé). Il est impossible de bénéficier d'une ouverture rétroactive des droits.

Lors de la naissance d'un enfant, la demande d'inscription à la mutuelle est à formuler par écrit dans les deux mois qui suivent la naissance pour une inscription à la naissance. Dans ce cas, le paiement de cotisations sera dû à compter du premier jour du mois qui suit le mois de naissance.

Pour bénéficier du tarif minoré, l'adhérent devra fournir les derniers justificatifs de ressources de l'ensemble de la famille. Cette modification prendra effet à la prochaine échéance qui suit la réception de l'intégralité des justificatifs.

Pour un changement de situation professionnelle (passage en retraite, disponibilité, congé parental, fin de contrat...), le membre participant est tenu de le signaler immédiatement à la mutuelle.

## **Chapitre 4 - Changement de formule**

### **Article 50 - Changement de formule**

Changement de formule demandé par le membre participant :

Après 12 mois d'adhésion, l'adhérent peut demander un changement de formule dans la gamme souscrite.

La demande de changement doit être formulée par l'adhérent par lettre, ou tout autre support durable (ex : mail, demande de changement de formule) envoyée à la mutuelle à l'adresse suivante : mutuelle SMH - Parc Eurasanté Ouest - 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS, ou par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou auprès de son conseiller mutualiste.

Le changement de formule prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant un délai de prévenance 30 jours, sauf si l'adhérent demande une prise d'effet postérieure à cette date.

Le changement de formule concerne l'ensemble des bénéficiaires inscrits avec le membre participant.

Toute nouvelle demande de changement de formule ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de 6 mois dans la formule en cours.

## **TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DU FONDS SOCIAL ET À LA COMMISSION DES AIDES EXCEPTIONNELLES**

### **Article 51 - Commission des Aides Exceptionnelles**

La mission de la Commission des Aides exceptionnelles est d'aider les adhérents en difficulté à traverser une situation particulière.

Elle peut accorder des aides pour des problèmes de santé majeurs ou de handicap, aux adhérents en situation de détresse morale ou physique.

Une aide exceptionnelle et ponctuelle, peut être attribuée à l'adhérent : pour lui ou un de ses ayants droit (inscrits à la mutuelle) ; après examen du dossier par la commission des aides exceptionnelles et sous réserve de produire les justificatifs demandés et le dossier remis par la mutuelle complété.

Pour être éligible, il est nécessaire de justifier d'une adhésion d'au moins une année à la mutuelle SMH.

Les décisions de la commission ne peuvent faire l'objet d'aucun recours auprès de cette dernière. Les réponses se font uniquement par écrit.

## **TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES**

### **Article 52 - Autorité de Contrôle**

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution située : 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 9.