

REGLEMENT MUTUALISTE SMEB'AUTONOMIE - GARANTIE RESPONSABLE

(approuvé par l'Assemblée Générale du 6 avril 2019)

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Section I - Adhésion

Article 1 Adhérents

Toute personne âgée de 16 à 29 ans peut adhérer à la mutuelle, sous réserve de remplir l'une des conditions suivantes :

- avoir la qualité d'étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur sur le territoire français (hors TOM) ;
- avoir la qualité d'élève inscrit dans un établissement scolaire sur le territoire français (hors TOM) ;

La garantie SMEB'AUTONOMIE n'est pas accessible au conjoint d'un adhérent ni même à ses ayants droits.

Seuls les nouveaux adhérents souscrivant pour la première fois à une garantie complémentaire santé en leurs noms propres à la SMEBA peuvent bénéficier de la garantie SMEB'AUTONOMIE.

Article 2 Montant des cotisations

Les adhérents s'engagent au paiement d'une **cotisation annuelle** qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

La garantie SMEB'AUTONOMIE peut être souscrite à tout moment de l'année universitaire, courant du 1er septembre au 31 août suivant, avec une échéance obligatoire au 31 août de l'année universitaire en cours. En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation sera proratisée au 1/12ème en fonction du nombre de mois d'adhésion effectifs.

Article 3 Formalités d'adhésion

Pour qu'une adhésion soit validée, l'adhérent doit présenter :

- un bulletin d'adhésion dûment rempli, daté et signé
- un certificat de scolarité ou la photocopie de la carte d'étudiant de l'établissement d'enseignement supérieur fréquenté pour l'année en cours.
- le règlement du montant de la cotisation correspondant à la

garantie SMEB'AUTONOMIE et cochée sur le bulletin d'adhésion.

Article 4 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement mutualiste prend effet :

- Au 1er septembre pour toute demande d'adhésion complète (cf. article 3) effectuée entre le 1er septembre et le 31 décembre de l'année universitaire ;
- Au jour de la demande d'adhésion pour toute demande d'adhésion complète (cf. article 3) effectuée à compter du 1er janvier de l'année universitaire en cours ;

sauf renonciation dans les conditions définies aux articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité.

L'adhésion peut intervenir à tout moment de l'année universitaire et produit ses effets jusqu'au 31 août de l'année universitaire en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf :

- résiliation selon les modalités définies à l'article 6 du présent règlement ;
- à ce que l'adhérent ne remplisse plus les conditions pour bénéficier du présent règlement. Toutefois, l'étudiant régulièrement affilié qui, au cours de l'année universitaire se trouve dans l'incapacité médicale dûment constatée de poursuivre ses études, peut s'il le souhaite continuer à adhérer à la garantie SMEB'AUTONOMIE, s'il peut prétendre aux prestations de la sécurité sociale, tant que cette incapacité subsiste et au maximum pendant les deux années universitaires qui suivent le début de l'incapacité sans renouvellement de l'inscription universitaire.

Section II - Exécution du contrat

Article 5 Paiement de la cotisation

Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation.

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

Défaut de paiement

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau : le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ; à défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve

d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

Article 6 Résiliation

A l'initiative de l'adhérent

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion au présent règlement en adressant à la Mutuelle, avant le 30 juin de l'année, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

A l'initiative de la Mutuelle

En cas de défaut de paiement, la Mutuelle peut résilier les garanties dans les conditions définies à l'article 5.

Article 7 Renonciation

Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigée comme suit :

« Je soussigné (nom, prénom, demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée notamment par la signature de mon bulletin d'adhésion le (date) » date et signature.

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du présent règlement mutualiste. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de se rétracter. Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les

trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il a communiqué à la Mutuelle, sa volonté de se rétracter.

Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement mutualiste à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze 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.

Modèle de rédaction de renonciation :
« Je soussigné (nom, prénom, demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée notamment par la signature de mon bulletin d'adhésion le (date) » date et signature.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnés au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement mutualiste et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Article 8 Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations décrites dans le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. 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 ;
2. 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 l'adhérent contre la mutuelle 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 a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts 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 accusé de réception, adressé par la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente ;
- un acte d'exécution forcée ;
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

Article 9 Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la

responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

Article 10 Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 – 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la Mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante : HARMONIE MUTUELLE - Direction Juridique - 23 Boulevard Jean Jaurès - 45025 Orléans Cedex ; ou à l'adresse email suivante : mediation@harmoniemutuelle.fr ; ou sur le site internet : mediation.harmonie-mutuelle.fr.

Article 11 Modification du règlement

Conformément aux statuts, le présent règlement peut être modifié par le Conseil d'administration. Les

modifications prennent effet dès qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Chapitre 2 **Obligations de la MUTUELLE** **envers ses adhérents**

Article 12 Versement des prestations

La mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'assurance maladie pour les soins effectués sur le territoire Français.

Tout adhérent, affilié ou non à un régime de sécurité sociale, ayant droit ou non d'assuré social, peut bénéficier des prestations mutualistes complémentaires de l'assurance maladie.

Les prestations servies aux adhérents qui ne sont affiliés ni au régime général, ni au régime étudiant de la sécurité sociale, sont égales à celles qui leur seraient servies par la SMEBA pour la part mutualiste s'ils étaient affiliés à l'un de ces régimes.

Article 13 Prise d'effet de la garantie

Le droit aux prestations prend effet au jour de la prise d'effet de l'adhésion, sauf pour les prestations servies au titre de la « garantie individuelle accident » définie à l'article 21, pour lesquelles la prise d'effet est fixée au lendemain 0 heure de la date de réception de l'adhésion par la SMEBA.

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes dispensés ou des frais exposés pendant la période d'ouverture des droits.

En outre, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts

(article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

Article 14 Cessation de la garantie

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, l'adhérent s'engage à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

La demande de résiliation entraîne la cessation des prestations – y compris pour la garantie individuelle accident.

Article 15 Cumul des prestations et limites de remboursement

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme assureur.

Toutefois, le remboursement des frais occasionnés par une maladie, maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 16 Contenu de la garantie SMEB'AUTONOMIE

Le règlement mutualiste SMEB'AUTONOMIE comprend une garantie « frais de santé » et une garantie « individuelle accident », en vue de prendre en charge, dans les conditions ci-après, les frais de santé engagés par les adhérents à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Tous les actes pris en charge par le régime étudiant de la sécurité sociale sont couverts dans le cadre du présent règlement.

L'adhésion au présent règlement permet également l'accès à Priorité Santé Mutualiste et au fond d'entraide mutualiste.

Article 17 Caractère solidaire et responsable des garanties

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des adhérents ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'adhérent de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

Article 18 Limitation de prise en charge en cas de non respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un

médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;

- **les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.**

Article 19 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- **les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;**
- **les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;**
- **la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).**

Article 20 Versement des prestations Santé

20.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le descriptif de garantie remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité

de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'aux descriptifs de la garantie, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs de la garantie.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine complémentaire telle que définie dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (2) ;

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

(1) *Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :*

- *en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)*

- *ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.*

(2) *Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).*

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent.

Pour les prestations dentaires, l'adhérent doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, l'adhérent devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin traitant.

L'adhérent est dispensé de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque sa caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent a bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, il ne peut se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent de faire l'avance de tout ou partie des frais.

20.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels

de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus de l'adhérent de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Lors du contrôle, l'adhérent peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix.

Les honoraires du professionnel de santé choisi par l'adhérent restent à la charge de ce dernier.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le régime obligatoire.

Article 21 Contenu et définition de la Garantie Prise en charge renforcée Accident

La garantie Prise en charge renforcée Accident proposée au sein l'ensemble des garanties de la SMEBA concerne les soins consécutifs à un accident.

L'accident s'entend une atteinte corporelle de l'adhérent, non intentionnelle de sa part, et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les accidents vasculaires cérébraux et les accidents cardiaques n'entrent pas dans la définition de l'accident, et ne sont pas pris en charge au titre des accidents.

Elle permet le remboursement des frais réels restés à charge dans la limite de 400 % du tarif plafond conventionnel avec un maximum de 4600 €, déduction faite éventuellement des prestations de la sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, à l'exclusion des frais dont la prise en charge est interdite au regard du caractère responsable des garanties et dans la limite des plafonds maxima prévues dans le cadre des contrats « responsables ».

Exclusions relatives à la garantie Prise en charge renforcée Accident

Cette garantie **ACCIDENT CORPOREL** ne peut englober les dommages subis par l'adhérent à la suite :

- d'une guerre étrangère (l'adhérent devra prouver que les dommages ne sont pas dus à un fait de guerre),
- d'une guerre civile, d'actions de terrorisme ou de sabotage, grèves, émeutes ou mouvements populaires,
- d'une éruption volcanique, d'un tremblement de terre, d'une inondation, d'un raz-de-marée ou de tout cataclysme,
- d'un engin de guerre (pistolet, grenade, fusil, bombe ...) dont la détention est interdite et que sciemment, l'adhérent aura eu en sa possession ou détenu ou manipulé,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité, des radiations par accélération artificielle des particules,
- de suicide ou tentative de suicide,
- de l'utilisation de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement, d'un état d'ivresse,
- d'une affection ou maladie grave (aliénation mentale, psychose, névrose, attaque d'apoplexie, épilepsie, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, atteintes neurologiques, dégénératives, rupture d'anévrisme, ulcère et de façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué le dommage),
- de congestion, congélation, insolation, sauf s'il s'agit de la conséquence d'un accident garanti.

Les sports suivants sont également exclus de la garantie :

- sports aériens y compris le vol à voile, le vol libre et le parachutisme,
- ascensions en montagne et alpinisme sans guide professionnel,

- ski hors pistes balisées et des limites de sécurité définies par les stations (hors zone des pistes),
- ski sur pistes glaciaires (vallée blanche...),
- saut à ski au tremplin,
- skeleton, bobsleigh, luge sur piste, hockey sur glace,
- chasse, tir sous toutes ses formes,
- yachting à plus de cinq miles des côtes,
- plongée sous-marine avec appareil autonome,
- sport de combat (boxe, lutte...),
- spéléologie,
- polo
- toutes exhibitions acrobatiques.

Seuls les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties sont pris en charge.

Déclaration de sinistre

La déclaration d'accident est à effectuer dans un délai de 2 ans à compter de sa réalisation.

Article 22 Fonds d'entraide mutualiste

Des secours exceptionnels, prélevés sur un fonds spécial déterminé annuellement par l'assemblée générale peuvent être alloués par le conseil d'administration aux adhérents, en cas de nécessité financière, pour faire face à des dépenses non ou mal remboursées par la sécurité sociale. Cependant, la demande n'est prise en compte que dans le cas où la sécurité sociale aurait refusé des prestations supplémentaires ou des secours exceptionnels.

La demande est adressée à la Commission désignée par le Conseil d'Administration qui pourra demander toutes précisions sur les ressources personnelles ou familiales de l'adhérent, pour examiner le bien fondé de la demande.

Article 23 Accès aux prestations des unions

Par son affiliation à des unions de mutuelles, la mutuelle permet à ses adhérents de bénéficier des prestations servies par l'intermédiaire de ces unions auxquelles la mutuelle sera affiliée dans les conditions prévues par les statuts et règlements des organismes intéressés,

tant en ce qui concerne les cotisations que les prestations.

Article 24 Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
- son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
- le respect de ses obligations légales et réglementaire existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions

légales relatives à la prescription ou toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitant, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles, à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent peut solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de ses données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, il peut également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent peut exercer ses droits auprès du Responsable Protection des données de la Mutuelle ou par courrier postal adressé à « SMEBA- 42 boulevard du Roi René – 49000 Angers », en joignant à leur demande une copie de leur justificatif d'identité.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de ses droits, il peut décider de saisir la Commission

Nationale Informatique et Libertés –
CNIL- 3 Place de Fontenoy- TSA 80715 –
75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Article 25 Echanges de données informatisées

L'adhérent est référencé dans les fichiers de l'Assurance maladie et peut bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et sa caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Article 26 Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.