

RÈGLEMENT MUTUALISTE



SOMMAIRE

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
Article I.	Objet du règlement 1
II – OBJET ET FORME DE L’ADHÉSION A AMELLIS MUTUELLES	
Article II.	Bénéficiaires des garanties 1
Article III.	Nature des garanties 1
Article IV.	Conditions de garanties 1
Article V.	Prise d’effet de l’adhésion 1
Article VI.	Carte Tiers-Payant 2
Article VII.	Dispositions propres aux dispositifs «Aides» 2
Article VIII.	Changement de garantie..... 2
Article IX.	Dispositions concernant la vente à distance et le démarchage 2
III – COTISATIONS	
Article X.	Détermination des cotisations 3
Article XI.	Révision des cotisations..... 4
Article XII.	Paieement des cotisations 4
Article XIII.	Défaut de paieement des cotisations..... 4
Article XIV.	Cas d’exonération du paieement de la cotisation 4
IV – PRESTATIONS GARANTIES – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	
Article XV.	Définition et modalités des prestations garanties..... 5
Article XVI.	Conditions d’attributions des prestations et limites 5
Article XVII.	Modalités de remboursement des prestations 5
Article XVIII.	Nature des garanties 6
Article XIX.	Forme de paieement des prestations 11
Article XX.	Exclusion des garanties santé 11
Article XXI.	Respect du cahier des charges du contrat responsable 12
Article XXII.	Modifications des prestations..... 13
Article XXIII.	Suspension de la garantie 13
Article XXIV.	Cessation de la garantie santé 13
Article XXV.	Prescription 14
Article XXVI.	Déchéance 14
Article XXVII.	Engagement du membre participant 14
Article XXVIII.	Sanctions..... 14
Article XXIX.	Subrogation 14
Article XXX.	Descriptif « Garantie – services »..... 14
Article XXXI.	Réclamation - médiation..... 14
Article XXXII.	Secours exceptionnels 14
V – DISPOSITIONS DIVERSES	
Article XXXIII.	Autorité de contrôle 15
Article XXXIV.	Informations et Libertés 15
VI – ANNEXES	

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article I. Objet du règlement

Le présent règlement est établi par AMELLIS MUTUELLES, selon les dispositions du Code de la Mutualité. Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code de la Mutualité, il a pour objet de définir les droits et obligations respectifs d'AMELLIS MUTUELLES, des bénéficiaires et des garanties définis à l'article 2 ci-après.

Le présent règlement peut être modifié selon les dispositions prévues à l'article 5 des statuts d'AMELLIS MUTUELLES. AMELLIS MUTUELLES, organisme régi par le Code de la Mutualité, a son siège social à SAINT-CLAUDE, 8 rue de la Poyat.

II – OBJET ET FORME DE L'ADHÉSION A AMELLIS MUTUELLES

Article II. Bénéficiaires des garanties

2.1 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont, selon la garantie souscrite et sous réserve des dérogations spécifiques :

- Le membre participant,
- Les ayants droit :
 - Le conjoint, concubin présentant une déclaration sur l'honneur et un justificatif de domicile, le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge ou non au sens de la Sécurité Sociale, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;
 - Les enfants à charge du membre participant ou du concubin ou du conjoint et ceux apprentis, salariés ou étudiants, au plus tard jusqu'à leur vingtième année ;
 - Les personnes, qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteintes d'une incapacité permanente, d'un taux égal ou supérieur à 80%, au sens de l'article 169 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale ;
 - Toute autre personne à charge au sens de la Sécurité Sociale.

2.2 Définition des enfants à charge

Lorsque le contrat souscrit fait référence à la notion d'enfants à charge, sont considérés comme à charge les enfants jusqu'à leur vingtième année, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

- Sont assimilé aux enfants de moins de 21 ans, les enfants jusqu'à leur vingt-cinquième année qui poursuivent leurs études et peuvent justifier par un certificat de scolarité, avec, s'ils sont âgés de plus de vingt ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité Sociale des étudiants.
- Sont assimilés aux enfants de moins de 21 ans, les enfants jusqu'à leur vingt-cinquième année qui sont en apprentissage et perçoivent une rémunération inférieure au salaire servant de base de calcul des prestations familiales. Dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire.

- Sont assimilé aux enfants de moins de 21 ans, les enfants du membre participant de plus de 20 ans et jusqu'à leur vingt-cinquième année, n'ayant pas de foyer propre, vivant en permanence au foyer du membre participant, et soit :
 - justifiant de l'absence de revenus, et de leur inscription à Pôle Emploi ;
 - répondant à la définition des personnes à charge suivant l'article 2.3 du présent règlement mutualiste.

2.3 Définition des personnes à charge

Lorsque le contrat souscrit fait référence à la notion de personnes à charge, sont considérées comme telles, les personnes vivant sous le toit du membre participant, conformément à l'article 196-A bis du Code Général des Impôts, dans la mesure où ces personnes ne remplissent pas les conditions visées à l'article 2.2 ci-dessus pour être considérées comme « enfants à charge ».

2.4 Agents de la fonction publique territoriale

Le présent règlement répond aux principes de solidarité définis par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents pour les membres participants bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale

Article III. Nature des garanties

AMELLIS MUTUELLES garantit aux membres participants de la mutuelle et à leurs ayants droit, le remboursement de leurs dépenses liées aux frais de santé, en complément, le cas échéant, des versements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie français ou les régimes particuliers.

Article IV. Conditions de garanties

Le bénéfice des garanties d'AMELLIS MUTUELLES est conditionné par l'adhésion à AMELLIS MUTUELLES. Le membre participant peut adhérer au présent règlement mutualiste à tout âge. Aucune information médicale ne peut être recueillie par la mutuelle. Elle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion à AMELLIS MUTUELLES, sur lequel sont portés le membre participant et ses ayants droit.

La signature du bulletin d'adhésion à AMELLIS MUTUELLES, emporte acceptation des dispositions du présent règlement. Il peut être mis un terme à cette adhésion dans les conditions fixées à l'article 26 du présent règlement.

4.1 Conditions d'adhésion

Avant la signature du bulletin d'adhésion à titre individuel, la Mutuelle remet au futur membre :

- Une fiche d'identification et de conseil permettant de recueillir les besoins du futur membre,
- Une fiche IPID précisant de manière synthétique et standardisée les garanties proposées,
- Un bulletin d'adhésion,

- Un exemplaire des statuts et du présent règlement mutualiste (mise à disposition sur le site internet de la mutuelle www.amellis.fr ou remise en version papier ou par mail sur demande),
- Un exemplaire de la notice ou les conditions générales des garanties en inclusion (mise à disposition sur l'espace adhérent de la mutuelle ou remise en version papier ou par mail sur demande).

En cas d'acceptation, l'adhésion à la Mutuelle comprend :

- Le bulletin d'adhésion complété, daté, paraphé et signé ainsi que le formulaire de conseil.
- Les pièces du régime obligatoire permettant d'identifier les membres désignés (membre participant et bénéficiaires) : la copie de l'attestation sécurité sociale française et celle de vos éventuels ayants droit.
- Une copie recto-verso d'un justificatif d'identité du membre participant et des éventuels ayants droit.
- Un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- Un relevé d'identité bancaire pour les prestations le cas échéant,
- Un relevé d'identité bancaire pour chaque bénéficiaire de plus de 16 ans qui souhaite percevoir directement le versement des prestations.
- Un mandat SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire.
- Les trois premiers mois de cotisation pour les membres participants ayant opté pour le paiement par chèque, ou le premier mois de cotisation pour le paiement mensualisé,
- Un certificat de radiation du précédent organisme assureur,
- un justificatif de domicile (de moins de 3 mois).

Article V. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion est réalisée dans le cadre de l'année civile. Elle prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Amellis Mutuelles se réserve le droit d'appliquer à ses garanties un stage sur les prestations des contrats non responsable, hospitalisation, dentaire, optique et audioprothèse. La durée de ce stage sera indiquée dans la garantie souscrite.

L'adhésion vient à expiration le 31 décembre de chaque année et après un délai minimum de 12 mois d'adhésion (Cf XXIII Cessation de la garantie santé). Passée cette date, elle est renouvelable par tacite reconduction. L'adjonction d'un ayant droit prend effet le 1er jour du mois de l'événement (mariage, vie en couple, naissance, adoption...) à condition que la demande soit faite au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'événement.

Une carte d'adhérent mutualiste est délivrée à l'adhésion. Elle est renouvelée chaque année avec l'appel de cotisation sous réserve du paiement de la cotisation. La carte d'adhérent mutualiste comporte toutes les informations concernant les garanties souscrites et les prestations. Elle permet, lors de sa présentation aux professionnels de santé, de bénéficier du tiers payant.

Article VI. Carte Tiers-Payant & dématérialisation

La délivrance de la carte Tiers-Payant est réalisée une fois par an au 1er janvier. Il peut toutefois vous être délivré une nouvelle carte en cours d'année en cas de modification des données relatives au contrat. Cependant à partir de la 3ème édition et plus sans modification des données du contrat, l'édition générera un coût facturé à hauteur de 10 euros par édition.

Les adhérents bénéficiant d'un espace en ligne retrouveront tous les documents liés à la vie du contrat dans l'espace documentaire (échancier, carte tiers-payant, décompte prestations...)

Article VII. Dispositions propres aux dispositifs « Aides »

Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ou de tout autre dispositif aidé ont leurs conditions d'adhésion liées à la réglementation ou aux conventions passées avec les organismes de Sécurité Sociale, en vigueur à la date de la demande d'adhésion ou d'adjonction.

Article VIII. Changement de garantie

Le changement de garantie individuel s'effectue sur demande écrite du membre participant.

- En cas de demande de passage dans une garantie inférieure, le changement n'est accepté que si le membre participant peut justifier d'une ancienneté d'au moins un an dans la garantie en cours. Le changement prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.
- En cas de demande de passage dans une garantie supérieure, le changement sera effectif le 1^{er} jour du mois suivant la demande. Les six mois suivants, la prise d'effet, les prestations dentaire et optique seront remboursées selon les taux de la garantie inférieure.

Par dérogation, le changement de garantie « individuel » est accepté en cours d'année uniquement si ce changement rend impossible la poursuite du contrat santé en l'état (exemple décès du conjoint...) ; retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;

En ce qui concerne, les changements applicables aux options et/ou garanties d'un contrat collectif facultatif, il faut se référer à la notice d'information lié au contrat. En l'absence d'indication, le règlement mutualiste s'applique.

Article IX. Dispositions concernant la vente à distance et le démarchage

9.1 Adhésion en cas de vente à distance

Définition : Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

En cas de vente à distance, l'article L. 221-18 du code de la mutualité précise les informations devant être transmises au futur membre participant avant son adhésion. Ces informations sont pour l'essentiel :

- La dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle,
- Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci,
- Les garanties / options et exclusions prévues par le règlement,
- La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance,

- L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de la cotisation que la Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie / option à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation....

Droit à renonciation en cas de vente à distance :

Dans le cadre des obligations liées à la commercialisation à distance, il est ouvert à l'adhérent sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus courant :

- À compter de la date de signature du bulletin d'adhésion
- Ou à partir du jour où l'adhérent reçoit les conditions d'adhésion et le présent document (si cette date est postérieure).

Le délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au centre de gestion telle que :

« J'ai souscrit une adhésion pour le produit XXXXX auprès de votre organisme le .../.../....., sous le numéro d'adhérent

Après réflexion, et **comme quatorze jours ne** sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion en application des dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité. Date et Signature »

Lorsque l'adhérent exerce son droit de renonciation, il est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période durant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité.

Suivant l'article L. 221-18-1 du code de la Mutualité :

- L'exercice du droit de renonciation dans le délai met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
- En cas de renonciation, le membre participant 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 ou l'union est tenue de rembourser au membre participant 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 ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Droit à la résiliation

"Résiliation en trois clics" (Décret n° 2023-182 du 16 mars 2023) : Conformément aux dispositions du décret n° 2023-182 du 16 mars 2023 et aux règles applicables en matière de mutualité, l'adhérent peut notifier la résiliation de son adhésion par voie électronique, dès lors que l'adhésion a été conclue ou peut être conclue par ce même mode de communication.

À cet effet, la mutuelle met à disposition de l'adhérent une fonctionnalité spécifique accessible en ligne, lui permettant de procéder à la résiliation selon un procédé dématérialisé. Cette fonctionnalité est directement et aisément accessible et garantit un parcours de résiliation clair, lisible et non équivoque, permettant notamment l'identification de l'adhérent ainsi que la confirmation de sa demande.

La demande de résiliation fait l'objet d'un accusé de réception électronique sans délai. Elle est ensuite examinée par la mutuelle, qui vérifie sa conformité aux conditions de résiliation prévues par les dispositions légales, réglementaires et contractuelles applicables. La résiliation est réputée acquise sous réserve de sa validation par la mutuelle, laquelle intervient après vérification des conditions d'ouverture du droit à résiliation.

La résiliation prend effet dans les conditions et délais fixés par le présent règlement et par les dispositions en vigueur relevant du Code de la mutualité.

9.2 Adhésion suite au démarchage de l'adhérent

Définition

Le démarchage est défini à l'article L. 121-21 du Code de la consommation :

« Est soumis aux dispositions de la présente section quiconque pratique ou fait pratiquer le démarchage, au domicile d'une personne physique, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, afin de lui proposer l'achat, la vente, la location, la location-vente ou la location avec option d'achat de biens ou la fourniture de services. Est également soumis aux dispositions de la présente section le démarchage dans les lieux non destinés à la commercialisation du bien ou du service proposé et notamment l'organisation par un commerçant ou à son profit de réunions ou d'excursions afin de réaliser les opérations définies à l'alinéa précédent. »

Faculté de renonciation suite au démarchage

Dans les quatorze jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, l'adhérent a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressé à son centre de gestion et rédigée telle que :

« Je soussigné, déclare annuler l'adhésion ci-après :

- Nature de la garantie souscrite : _____
- Date de signature du bulletin d'adhésion : _____
- Nom, prénom de l'adhérent : _____
- Adresse de l'adhérent : _____
- Signature de l'adhérent : _____

Ce délai commence à courir le lendemain du jour où a été signé le bulletin d'adhésion par l'adhérent. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

L'adhésion prendra effet à la fin du délai de renonciation de 14 jours prévu par le code de la consommation.

III – COTISATIONS

Article X. Détermination des cotisations

10.1 Principe général

Le bénéfice des garanties et services proposés par AMELLIS MUTUELLES est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle. Cette cotisation peut être fractionnée semestriellement,

trimestriellement ou mensuellement. Les membres ont leur cotisation fixée par l'Assemblée Générale ou sur délégation annuelle, par le Conseil d'Administration, en fonction notamment :

- Du niveau des garanties et services souscrits,
- Des cotisations aux organismes supérieurs fixés par les statuts et règlements de ces organismes,
- De l'âge du bénéficiaire ou du groupe de bénéficiaires, calculé par différence de millésimes, au 1^{er} janvier de l'année en cours,
- Du nombre d'ayants droit,
- De l'évolution attendue des dépenses de santé pour l'année en cours,
- De l'évolution prévisible des dépenses de santé pour l'année à venir.

La cotisation annuelle est exprimée en euros, en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale ou en pourcentage du salaire.

Les membres participants bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire n'acquittent aucune cotisation.

Les membres participants bénéficiaires d'un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé acquittent une cotisation conforme à la réglementation ou aux conventions passées avec les organismes de Sécurité Sociale.

10.2 Cotisations des agents de la fonction publique territoriale

Les dispositions ci-après sont applicables aux membres participants bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, et à leurs ayants droit.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi du membre participant et du sexe du membre participant.

Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

Le rapport entre la cotisation hors participation due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garantie comparable, compte non tenu de la majoration de cotisation pour adhésion tardive du membre participant.

La cotisation est majorée d'un coefficient qui tient compte de l'âge du membre participant, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation sous la forme de label ou d'une convention.

- Ce coefficient est appliqué lorsque l'adhésion du membre participant est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, ou est postérieure au 10 novembre 2013 pour les agents en fonction à la date de publication du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.
- La cotisation est majorée d'un coefficient égal à 2 % par année, pour toute année non cotisée par un membre participant à une garantie de référence santé, objet d'un label ou d'une convention de participation, et postérieure à l'âge de trente ans du membre participant, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et sa date d'entrée dans la fonction

publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.

- Le coefficient de majoration calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis à la mutuelle auprès duquel le membre participant souhaite adhérer au règlement mutualiste.
- Les périodes antérieures au 10 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration.

10.3 Cotisations des T.N.S. (travailleurs non-salariés)

Afin de bénéficier des dispositions de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite loi MADELIN, les T.N.S. peuvent souscrire à des garanties spécifiques T.I. (travailleurs indépendants) et adhèrent automatiquement à l'UNMPI (union nationale des mutuelles de professions indépendantes)

Article XI. Révision des cotisations

Le taux d'augmentation des cotisations est fixé notamment en fonction de la Consommation Médicale Totale (CMT), des nouvelles dispositions réglementaires et législatives et de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services. Les cotisations sont communiquées directement aux membres participants un mois au plus tard avant l'échéance annuelle.

AMELLIS MUTUELLES se réserve le droit d'effectuer en cours d'année des réajustements de cotisations afin de faire face, le cas échéant, aux nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. Il peut en être de même en cas de variation importante du volume des coûts des soins en cours d'exercice.

Article XII. Paiement des cotisations

Les cotisations sont généralement payables annuellement d'avance pour les adhésions.

Le membre participant peut cependant échelonner ses paiements selon les possibilités proposées par AMELLIS MUTUELLES. Le prélèvement est obligatoire dès lors que le règlement de la cotisation est mensuel.

Elles sont dues le 12 du mois suivant l'échéance. Tout mois commencé est dû en totalité.

Dans le cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation pour l'année en cours est perçue pour le nombre entier de mois restant à courir depuis l'adhésion jusqu'au 31 décembre.

Le membre participant peut modifier le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit auprès d'AMELLIS MUTUELLES, un mois au moins avant la date d'effet souhaitée. La date de paiement prise en considération est celle du règlement au siège, chez le correspondant de la mutuelle ou dans l'une des agences ou dans tout autre lieu accepté par AMELLIS MUTUELLES.

Article XIII. Défaut de paiement des cotisations

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'adhésion ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation

annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier son adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent.

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article XIV. Cas d'exonération du paiement de la cotisation

Sont dispensés du paiement des cotisations :

- Les bénéficiaires du dispositif C2S affiliés à AMELLIS MUTUELLES, sous les conditions et dans les limites prévues par la loi du 27 juillet 1999
- Le troisième enfant et les suivants, ayants droit d'un membre participant, dans le cadre d'une cotisation de type adulte-enfant (pour tout enfant de moins de vingt ans). La gratuité du 3^{ème} enfant ne peut être appliquée dans le cas où le 1^{er} enfant est âgé de plus de 20 ans et bénéficie déjà d'une cotisation minorée.
- Les ayants droit dans le cadre de cotisations de type uniforme ou semi-uniforme.

Les cotisations encaissées pour la période postérieure au mois du décès d'un adhérent font l'objet, le cas échéant, d'un remboursement.

IV – PRESTATIONS GARANTIES – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Article XV. Définition et modalités des prestations garanties

La nature, les modalités d'application, l'étendue des prestations versées et les services associés aux garanties santé figurent dans les tableaux annexés au présent règlement.

Les remboursements réalisés par AMELLIS MUTUELLES sont fonction du choix effectué par le membre participant, compte tenu de son affiliation au régime maladie de base, lors de son adhésion ou de son renouvellement annuel, parmi les garanties, options et services proposés et figurant sur le bulletin d'adhésion ou de modification.

Les garanties et services sont révisables chaque année.

Pour les membres participants bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, et leurs ayants droit, les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de

base au calcul des prestations de l'assurance maladie, et les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents.

Article XVI. Conditions d'attributions des prestations et limites

Seules les prestations dont la date de soins (date de l'engagement de la dépense) est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion, peuvent donner lieu à prise en charge.

Le droit aux prestations prend effet à la date indiquée sur le bulletin ou le certificat d'adhésion, sans application de délais de stage.

Sous réserve des cas d'exonération de cotisations visés par l'article 14 supra, le bénéfice des prestations assurées par AMELLIS MUTUELLES est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les adhérents doivent être à jour de leur cotisation à la date des soins pour bénéficier du remboursement ou, le cas échéant, d'une prise en charge en tiers payant.

En vertu des dispositions de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements « santé » effectués par AMELLIS MUTUELLES ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge effective des adhérents.

Article XVII. Modalités de remboursement des prestations

17.1 Les différentes Modalités

17.1.1 Prérequis de remboursement des prestations

Le remboursement des prestations est soumis aux conditions suivantes :

A la souscription :

- le 1^{er} mois de cotisations doit être réglé soit sous la forme d'un virement, d'un prélèvement automatique, par chèque bancaire ou postal encaissé ou par carte bancaire.

17.1.2 Modalités de remboursement

Sauf refus express du membre participant, et, en vertu de conventions passées avec les professions de santé ou les établissements hospitaliers, AMELLIS MUTUELLES peut régler directement les prestations à ceux-ci, dans la limite des garanties « santé » souscrites.

Les garanties, de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et des frais engagés, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire de la garantie peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. AMELLIS MUTUELLES se réserve le droit de demander des informations complémentaires afin de procéder aux règlements et aux contrôles des prestations.

Dans le cas d'une sur-complémentaire, le remboursement est conditionné à la prise en charge de la première mutuelle avec l'original du décompte de celle-ci.

Les remboursements sont effectués par AMELLIS MUTUELLES au vu des documents transmis par le régime Obligatoire Maladie de base, par les professionnels de santé, dans le cadre du procédé de télétransmission.

À défaut d'application d'échange de données automatisé, les remboursements sont effectués, selon le besoin, au vu des pièces suivantes :

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai légal maximum de 24 mois suivants :

- La date des soins ;
- La date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.
- Elles sont accompagnées notamment :
- Des originaux des décomptes du régime de Sécurité sociale et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de Télétransmission NOÉMIE ;
- Des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- De la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de tiers payant.
- Le bulletin de séjour en établissement hospitalier,
- Toute autre pièce justificative (extrait de naissance, lettre de porte-fort...),
- L'original du décompte d'une autre mutuelle,
- La facture détaillée et acquittée de l'hôpital pour les frais et lits d'accompagnement.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

17.1.3 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations doivent être postérieur à la date d'effet de l'adhésion pour l'ensemble des membres participants, lorsque leur prise en charge est indiquée 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'auto-médicamentation ;
- 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 douce 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 30 jours 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. Les frais

d'accompagnement lorsqu'ils sont pris en charge le sont uniquement, lorsque l'hospitalisation de la personne accompagnée comprend une nuitée.

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

17.2 Cas de l'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, les prises en charge sont applicables à toutes nos garanties suivantes :

Lit ou frais d'accompagnement (selon la garantie souscrite) :

- o Enfant de moins de 16 ans : illimité,
- o Adulte de plus de 16 ans : limité à 10 jours par an,

Chambre particulière (selon la garantie souscrite) :

- o Médecine et Chirurgie : durée illimitée,
- o Psychiatrie, maison de repos, maison de convalescence, maison d'accueil spécialisé, moyen et long séjour : 30 jours par an,
- o Centre de réadaptation et maison d'enfant médicalisée 120 jours par an

Forfait journalier :

Le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée pour les séjours en hospitalisation complète, quelle que soit leur durée (court, moyen ou long séjour), dans les établissements relevant des secteurs suivants :

- o Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO) ;
- o Psychiatrie (PSY) ;
- o Maisons de repos ;
- o Établissements de convalescence ou de réadaptation ;
- o Maisons d'enfants à caractère médicalisé.

La prise en charge intervient uniquement pour les séjours dans des établissements dûment autorisés et donnant droit à remboursement par l'Assurance Maladie.

Sont exclus de la prise en charge du forfait journalier, sauf disposition contraire prévue au tableau des garanties :

1. Les séjours effectués dans les établissements et services médico-sociaux, notamment :
 - o Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS),
 - o Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM),
 - o Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), et structures assimilées ;
2. La participation financière laissée à la charge des résidents dans les établissements médico-sociaux, quelle que soit sa dénomination ;
3. Les séjours ne donnant pas lieu à remboursement par l'Assurance Maladie ;
4. Les frais ne relevant pas du forfait journalier hospitalier au sens de la réglementation en vigueur.

Ces exclusions s'appliquent indépendamment de la durée du séjour et du caractère temporaire ou permanent de la prise en charge.

Pour les membres participants bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, et leurs ayants droit, objet d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle

prévue au I de l'article R 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours, et son montant est limité aux frais exposés.

Article XVIII. Nature des garanties

Les prestations sont versées à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation qui sont exposés par les bénéficiaires des garanties, en complément des remboursements des régimes de Sécurité sociale, sous réserve des exclusions et du respect des dispositions relatives aux contrats solidaires et responsables. Dérogent à ce principe de participation préalable du régime de Sécurité sociale, les soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient d'un remboursement de la mutuelle en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Le montant des prestations servies par la mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par les bénéficiaires, sous déduction des remboursements versés par les régimes de Sécurité sociale ou tout autre organisme. Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations des régimes de Sécurité sociale.

En fonction de l'option choisie par le membre participant, les prestations de la mutuelle sont déterminées selon diverses références, c'est-à-dire soit sous la forme d'un pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement des régimes de Sécurité sociale, soit sous la forme de forfait annuel, en complément ou non du remboursement de ces régimes.

Les remboursements de la mutuelle s'inscrivent dans le respect du parcours de soins. La majoration de participation imposée par les régimes de Sécurité sociale pour des actes hors parcours de soins reste à la charge du bénéficiaire selon les dispositions prévues par la réglementation.

Les garanties accordées par la mutuelle sont :

- Les actes courants,
- Les frais d'hospitalisation et de cures thermales,
- Les prothèses dentaires,
- L'optique et l'appareillage,
- Les prestations sociales,
- Les services d'assistance et de prévention.

Les actes courants

■ Consultations et visites.

- Honoraires pour examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention des régimes de Sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) où l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO) sont prises en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des honoraires des médecins ayant adhéré au CAS, minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

■ Actes de spécialité, petite chirurgie, radiologie, ambulatoire.

- Actes techniques médicaux, actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, d'imagerie et radiologie, d'échographie et ensemble des autres actes techniques.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes

■ Soins dentaires.

- Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

■ Analyses.

- Frais des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

■ Auxiliaires médicaux.

- Frais et honoraires des professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...).
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

■ Transports des malades.

- Transport médical prescrit par un professionnel de santé.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

■ Pharmacie.

- Médicaments, vaccins et produits homéopathiques disponibles en pharmacie classés en catégories correspondant à des niveaux de prise en charge différents par les régimes de Sécurité sociale.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

Les frais d'hospitalisation, incluant la maternité et la cure thermale

■ Séjour.

- Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas....

- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.
- **Honoraires.**
 - Honoraires pour examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des honoraires des médecins ayant adhéré au CAS où l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO), minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.
- **Forfait journalier.**
 - Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon le forfait journalier du tableau des garanties. La prise en charge du forfait est sans limitation de durée pour les séjours en hospitalisation complète, quelle que soit leur durée (court, moyen ou long séjour), dans les établissements relevant des secteurs suivants : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO) ; Psychiatrie (PSY) ; Maisons de repos ; Établissements de convalescence ou de réadaptation ; Maisons d'enfants à caractère médicalisé. Sont exclus de la prise en charge du forfait journalier, sauf disposition contraire prévue au tableau des garanties : Les séjours effectués dans les établissements et services médico-sociaux, notamment : Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), et structures assimilées ; La participation financière laissée à la charge des résidents dans les établissements médico-sociaux, quelle que soit sa dénomination ; Les séjours ne donnant pas lieu à remboursement par l'Assurance Maladie ; Les frais ne relevant pas du forfait journalier hospitalier au sens de la réglementation en vigueur.
- **Forfait patient urgence (FPU) :**

Il s'agit d'un forfait facturé à toute personne se rendant aux urgences d'un hôpital pour des soins non suivis d'une hospitalisation.
- **Chambre particulière.**
 - Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits journaliers et les durées du tableau des garanties. À défaut de mention dans ce tableau, les durées sont de :
 - Sans limites pour la médecine, la chirurgie et la maternité,
 - 30 jours par an en psychiatrie, maison de repos, maison de convalescence, maison d'accueil spécialisé, centre de moyen et de long séjour,
 - 120 jours par an en centre de réadaptation et maison d'enfants médicalisée.
- **Frais d'accompagnant.**
 - Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition au sein de l'établissement hospitalier ou d'établissements spécifiques (maison des parents, maison d'accompagnement) pour une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits journaliers et les durées du tableau des garanties. À défaut de mention dans ce tableau, les durées sont de :
 - Sans limites pour les enfants de moins de 16 ans,
 - 10 jours par an pour les personnes de plus de 16 ans.
- **Cures thermales.**
 - Frais de soins avec hospitalisation, frais d'honoraires médicaux, frais d'hydrothérapie et frais d'hébergement et de transport, sur prescription pour traiter certaines affections.
Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale, éventuellement complétés d'un forfait, du tableau des garanties, après intervention de ces régimes, sur présentation de justificatifs et dans la limite des frais réellement engagés.
- **Participation forfaitaire de 18 €.**
 - Frais à la charge du bénéficiaire qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par les Pouvoirs Publics, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50 €.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon le forfait du tableau des garanties.

Les prothèses dentaires

- **Prothèses dentaires.**
 - Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :
 - Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Une couronne qui porte sur plusieurs dents est appelée un « bridge »,
 - Les prothèses amovibles qui sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.
 - Les inlays et onlays. Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de

la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Les actes refusés par les régimes de Sécurité sociale sont remboursés par la mutuelle si mentionnée sous forme de forfait dans le tableau des garanties, sur la base du tarif de responsabilité existant dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et non pris en charge par la sécurité sociale, à l'exclusion des actes dentaires hors nomenclature (HN).

Pour tous les travaux dentaires, nous invitons le bénéficiaire à demander un devis préalablement à nos services. Ce devis est obligatoire dès lors que la facture des travaux dépasse un montant de 1500,00 €. La prise en charge totale ou partielle sera effective sous réserve de l'accord exprès d'AMELLIS mutuelles (se référer au point règlement et contrôle des prestations dentaires).

■ **Implants.**

- Technique visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est fixée une prothèse.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.

■ **Orthodontie.**

- Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes qui vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires, grâce à des appareils dentaires.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Les actes refusés par les régimes de Sécurité sociale sont remboursés par la mutuelle si mentionnée sous forme de forfait dans le tableau des garanties, sur la base du tarif de responsabilité reconstitué, à l'exclusion des actes dentaires hors nomenclature (HN).

■ **Parodontologie.**

- Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon le forfait du tableau des garanties.

■ **Règlement et contrôle des prestations dentaires :**

- Avant acceptation d'une prise en charge, il pourra vous être demandé des pièces préalables
- Toute fois celle-ci se réserve le droit de revoir la prise en charge en cas de contrôle médical.
- Dans le cadre de la lutte aux fraudes dentaires, AMELLIS MUTUELLES se réserve le droit d'effectuer une demande de contrôle médical ou de réclamer toutes pièces complémentaires.

■ **Élément (en prothèse dentaire) :**

Désigne chaque composant individuel et facturé séparément d'une prothèse dentaire ou d'un dispositif prothétique.

Exemples : une couronne, un implant, un pilier ou un bridge, dès lors qu'ils sont facturés distinctement par le professionnel de santé.

L'optique et l'appareillage

■ **Lunettes.**

- Composées d'une monture et de verres, les lunettes permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie). Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflet ou anti-rayures, verres incassables...).
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale éventuellement complétés de forfaits, ou forfaits seuls, du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

■ **Lentilles.**

- Verres correcteurs posés sur la cornée.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale éventuellement complétés de forfaits du tableau des garanties, après intervention de ces régimes, ou forfaits seuls du tableau des garanties en cas de refus d'intervention des régimes de Sécurité sociale. L'ordonnance est à joindre obligatoirement à la facture.

■ **Chirurgie réfractive.**

- Techniques chirurgicales qui permettent de corriger les défauts visuels.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.

■ **Prothèses auditives.**

- En cas de déficit auditif, les prothèses auditives sont prises en charge par les régimes de Sécurité sociale sur prescription médicale et à condition qu'elles appartiennent à une catégorie (classe I et classe II du contrat responsable) inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par ces régimes.
 - Classe I : prise en charge dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP).
 - Classe II : prise en charge dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie
- Renouvellement des aides auditives (classe I et II) : limitée à l'acquisition d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des appareils correspondant à chaque oreille.

Dans la limite de la dépense réelle, sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée et du décompte de remboursement du régime obligatoire.

- **Remboursement AMELLIS MUTUELLES** : selon les taux de la base de remboursement éventuellement complétés de forfaits, ou forfaits seuls, du tableau des garanties, après intervention des régimes de Sécurité sociale.
- **Entretien et accessoires** : L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les accessoires sont pris en charge dans la limite des prestations indiquées au tableau de garanties.
- **Règlement et contrôle des prestations optiques** :
 - Les prestations optiques sont prises en charge dès lors que la date de commande et de facturation est postérieure à la date d'adhésion.
 - Dans le cadre de la lutte aux fraudes optiques, AMELLIS MUTUELLES se réserve le droit d'effectuer une demande de contrôle médical ou de réclamer toutes pièces complémentaires.
- **Matériel médical (prothèse, appareillage et orthopédie)** :
 - Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par les régimes de Sécurité sociale : produits pour traitement, aides à la vie, aliments et pansements (Titre 1), orthèses et prothèses externes (hors dentaire et appareillage auditif) (Titre 2), implants et greffons tissulaires d'origine humaine (Titre 3), véhicules pour handicapés physiques (Titre 4), dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III (Titre 5).
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement éventuellement complétés de forfaits, ou forfaits seuls, du tableau des garanties, après intervention des régimes de Sécurité sociale.
- d'un forfait, ou forfait seul, du tableau des garanties après intervention des régimes de Sécurité sociale.
- **Prothèses mammaires.**
 - Prothèse utilisée en chirurgie reconstructrice figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par les régimes de Sécurité sociale.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement éventuellement complété d'un forfait, ou forfait seul, du tableau des garanties après intervention des régimes de Sécurité sociale.
- **Prothèses capillaires.**
 - Prothèses figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par les régimes de Sécurité sociale.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement éventuellement complété d'un forfait, ou forfait seul, du tableau des garanties après intervention des régimes de Sécurité sociale.
- **Médecine alternative.**
 - Honoraires des professionnels que sont les diététiciens, les ostéopathes, les acupuncteurs, les chiropracteurs qui doivent être diplômés selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur et régulièrement inscrits au registre officiel de leur profession (toutes spécialités si médecins diplômés selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur et inscrite au registre officiel de leur profession- ex : ADELI, RNE ...). L'original de la facture comportant le cachet précisant la spécialité exercée est exigé.
 - Frais de traitement de sevrage tabagique (gomme à mâcher, patch, comprimés sublinguaux, inhalateurs, spray) prescrits par un professionnel de santé et achetés uniquement en pharmacie.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.
- **Médicaments prescrits non remboursés.**
 - Médicaments, vaccins et produits homéopathiques prescrits par un professionnel de santé, non remboursés par les régimes de Sécurité sociale et répertoriés à la rubrique "médicaments" du VIDAL. Les produits relevant de la rubrique « Parapharmacie » du VIDAL sont exclus de toute prise en charge.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties. L'ordonnance est à joindre obligatoirement à la facture.

Les prestations sociales

- **Prime de naissance et adoption.**
 - La prime naissance ou d'adoption est attribuée uniquement suite à une demande écrite lors du rattachement de l'enfant au contrat de l'un des parents. Celle-ci doit être faite dans le mois de la naissance et au plus tard dans les 30 jours. L'allocation est versée au membre participant en tant qu'assuré principal au sens des régimes de Sécurité sociale, et sur présentation des justificatifs suivants : extrait de l'acte de naissance ou de l'acte d'adoption et attestation du régime de Sécurité sociale mentionnant l'enfant. Cette allocation sera versée dans le mois qui suit la fin légale du délai de rétractation. Pour les contrats collectifs : il faut se référer à la notice d'information. À défaut, le règlement mutualiste s'applique.
- **Densitométrie osseuse.**
 - Examen de recherche du déficit du capital osseux en calcium (déminéralisation de l'os) permettant l'application de mesures préventives et la mise en route d'un traitement.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement éventuellement complété
- Une garantie capitale obsèques est proposée par un organisme dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la mutuelle au bénéfice de ses membres participant auprès de GARANTIE ASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances immatriculée sous le n° 529 219 040 au RCS de Nanterre et dont le siège social est situé au 125 avenue de Paris – 92300 Châtillon. L'adhésion à cette garantie est obligatoire, conformément à l'article L 221-3 du code de la mutualité.

- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : capital versé en vue de couvrir de manière forfaitaire les frais d'obsèques en cas de décès du membre participant ou d'un de ses ayants droit, selon le forfait du tableau des garanties. Ce capital est versé à la personne en charge d'organiser les obsèques, sur présentation d'une facture acquittée.
- **Examens médicaux prescrits par un médecin non pris en charge par la sécurité sociale**
 - Honoraires pour examens médicaux effectués par un médecin et non pris en charge par la sécurité sociale.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.
- **Homéopathie.**
 - Honoraires de consultation auprès d'un homéopathe diplômé, et médicaments homéopathiques prescrits non remboursés et achetés uniquement en pharmacie sur présentation de la prescription et de la facture détaillée acquittée comportant le cachet de la pharmacie.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.
- **Complément alimentaire.**
 - Complément alimentaire conseillé et prescrit par un professionnel reconnu ou référencé par son organisation professionnelle de sa spécialité ou un organisme indépendant : médecine nutritionniste, phytothérapie, aromathérapie, naturopathie (naturopathe diplômé par une école agréée par la FÉNA, phytothérapeutes et aromathérapeutes formés par la Fédération française d'aromathérapie (FFA)) et sur présentation de la facture détaillée et acquittée comportant le cachet du magasin
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.

Contrôles des prestations

« Outre les pièces visées à l'article XVII (Modalités de remboursement des prestations), la mutuelle pourra demander tous renseignements ou tous documents complémentaires :

- À réception de toute demande de prise en charge de soins (envoi d'une facture ou transmission d'une feuille de soins notamment) ;
- À réception d'un devis ;
- Ou après remboursement des soins.

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle des prestations, par la désignation d'un médecin conseil en rapport avec l'objet de la prestation en litige, ou de toute personne habilitée que la mutuelle désignera, tout membre participant ayant bénéficié d'un remboursement de soins de santé au titre du présent règlement ou qui demande à bénéficier d'une prestation. Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives et éventuellement d'un examen médical réalisé par le médecin conseil désigné par la mutuelle (notamment radios, analyses ...). Le membre participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix lors de cet examen. En cas de contrôle sur pièces, le membre participant peut également adresser les conclusions de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article. Les honoraires du médecin qui réalise ce contrôle sont pris en charge par la mutuelle.

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements médicaux seront remis, par le membre participant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil ou du dentiste conseil désigné par la mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

Les conclusions de la mutuelle et, en présence d'un contrôle mené par un professionnel de santé, les conclusions de ce contrôle, sont notifiées au participant par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent fonder le refus de la mutuelle de verser la prise en charge de soins sollicitée ou fonder une demande de remboursement des prestations versées.

Le membre participant peut contester ces conclusions en adressant à la mutuelle (sous pli confidentiel, avec la mention « Secret médical » à l'attention du médecin / dentiste conseil en cas d'envoi de pièces ou renseignements médicaux), dans un délai de quarante jours à compter de la notification des conclusions, une lettre recommandée avec accusé de réception exposant l'ensemble des moyens à l'appui de sa contestation. Il peut ainsi adresser les conclusions en réponse de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article (s'il n'a pas déjà communiqué son nom précédemment).

En cas de désaccord entre le médecin du membre participant et celui de la mutuelle, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin. A défaut d'accord entre les deux praticiens, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal compétent du domicile du participant.

Chaque partie prend à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'il a désigné. Ceux relatifs à l'arbitrage fait par le troisième médecin sont supportés par moitié.

En cas de refus du membre participant de répondre aux demandes de justifications complémentaires de la mutuelle et/ou de se soumettre au contrôle, le paiement des prestations concernées seront suspendues.

En tout état de cause, les parties restent libres de saisir les juridictions compétentes à tout moment de la procédure de contrôle précitée. »

Les autres prestations

Assistance santé.

- Une garantie d'assistance santé est proposée par un organisme dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la mutuelle au bénéfice de ses membres participant auprès de GARANTIE Assistance, entreprise régie par le code des assurances immatriculées sous le n° 312 517 493 au RCS de Nanterre dont le siège social est situé au 108 Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD. L'adhésion à cette garantie est obligatoire, conformément à l'article L 221-3 du code de la mutualité.
- Remboursement GARANTIE ASSISTANCE : selon les garanties mentionnées dans la notice d'information.

Prévention.

Garanties et service proposés aux membres participants selon le dispositif suivant :

- Prise en charge par AMELLIS MUTUELLES de l'intégralité de la participation du membre participant au sens du I de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale pour la totalité des prestations de prévention considérées comme prioritaires aux regards des objectifs de santé publique et mentionnée au II de l'article R 871-2 du code

de la Sécurité sociale.

▪ Soins à l'étranger

Sous réserve que la formule de garantie le prévoie, les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font l'objet d'un décompte de Sécurité sociale détaillé par soins, à défaut aucun dépassement d'honoraire ne sera appliqué).

Les remboursements sont effectués en euros (le cas échéant conversion de la devise à la date de paiement de la facture). En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

Article XIX. Forme de paiement des prestations

Les remboursements de prestations sont effectués par virement sur le compte bancaire du membre participant en cas d'absence de coordonnées bancaires, les prestations sont bloquées dans l'attente de ces dernières. Ils peuvent être versés à un tiers ayant procuration ou à un organisme de santé en convention de tiers payant avec AMELLIS MUTUELLES.

Article XX. Exclusion des garanties santé

Les prestations sont accordées aux seuls membres participants résidant habituellement en France. Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie française et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité Sociale. Les remboursements sont alors effectués en euros.

Tous les risques sont couverts, dans la limite des garanties. Toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement les frais non remboursés par la Sécurité Sociale (sauf les cas prévus au tableau des garanties), et les frais en dehors de la période de garantie.

De plus, dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :

- Les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, blanchisserie, frais de dossier...,
- Les frais d'hébergement résultant d'une admission dans un centre de soins longue durée,

Fait générateur.

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est entre la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

- Ainsi, s'agissant de remboursement de frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est seule prise en considération et non la date de prescription par le professionnel de santé. Il en ira de même pour les prothèses dentaires.
- En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que le membre participant est encore affilié, mais que la durée du séjour va au-delà de la période de garantie (le membre participant n'étant plus affilié lors de son départ de l'hôpital), la mutuelle lui demandera le remboursement des sommes concernées.
- Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie...) et l'orthodontie : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins ou si le traitement est engagé antérieurement à

l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

Indus.

Le membre participant reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a touché les remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie. Ces sommes peuvent être directement perçues par le membre participant ou payées pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant. Ce principe s'applique, quelle que soit la date de déclaration de radiation.

Article XXI. Respect du cahier des charges du contrat responsable

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable défini à l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale. À ce titre :

▪ Les garanties comprennent la prise en charge des consultations et des prestations prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire :

- De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 du code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
 - De l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 18 euros, prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
 - Des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
 - Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement de l'Assurance maladie :
- i. À hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés et dans les conditions suivantes :
1. Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 2. Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c,
 3. Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs,
 4. Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f,

5. Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f,
 6. Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.
- ii. Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.
- De l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS), ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). Cette interprétation doit également être retenue pour l'application du 2° de l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale.
 - De l'intégralité de la participation de l'Assuré au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale pour au moins deux prestations de prévention considérée comme prioritaire au regard d'objectifs de santé publique, et proposées par l'Assureur. Ces prestations de prévention (II de l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale) sont :
 - i. Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire
 - ii. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12),
 - iii. Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans
 - iv. Le dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351),
 - v. Le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
 - vi. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire. Sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
 - vii. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite à tous âges, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.
 - Les **garanties ne couvrent pas** :
 - La **participation forfaitaire** mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale,
 - La **franchise annuelle** mentionnée au III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - La prise en charge de la **majoration de participation** prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale (assurés et ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant),
 - La prise en charge de la **majoration de participation** prévue à l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (absence d'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter),
 - La prise en charge des **dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques** pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
 - Les **frais de gestion sont communiqués par AMELLIS Mutuelles** sur l'avis d'échéances annuelles de prime de cotisation, par application de l'arrêté du 17 avril 2012 (NOR: ETSS1209771A).

Article XXII. Modifications des prestations

Les prestations accordées par AMELLIS MUTUELLES peuvent être modifiées, augmentées ou diminuées, chaque fois que la réglementation ou les conditions de remboursement des régimes de base obligatoires en vigueur seront modifiées.

Les nouveaux taux, montants ou modalités d'application des prestations, seront portés à la connaissance des membres participants ou de leur représentant. Ils leur seront opposables à compter de cette notification.

Article XXIII. Suspension de la garantie

Le droit à prestations est suspendu en application des dispositions de l'article 12 et 13 supra, à l'issue des 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues. En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.

Aucune prestation ou service n'est dû pendant la période de suspension. Les prestations versées à tort pendant la période de suspension feront l'objet d'une retenue sur les prestations futures.

Article XXIV. Cessation de la garantie santé

Les garanties assurées par AMELLIS MUTUELLES prennent fin :

- Loi Résiliation infra-annuelle (article L. 221-10-2 du Code de la mutualité) : sous un délai d'un mois après que la mutuelle ou l'union en ait reçu notification (celle-ci peut s'effectuer par lettre, support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code précité) et après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion. Les contrats Prévoyance ainsi que les salariés affiliés à un contrat collectif obligatoire sont exclus de ce dispositif, seule la personne morale ayant la faculté de résilier ce contrat.
- En cas de résiliation demandée par le membre participant chaque année au 31 décembre et après un délai minimum de 12 mois d'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception à AMELLIS MUTUELLES, moyennant le respect d'un préavis de deux mois
- En cas de résiliation demandée par AMELLIS MUTUELLES, en cas de non-paiement, conformément aux articles 12 ou 13 supra.

Il peut également être mis fin aux garanties indifféremment par AMELLIS MUTUELLES ou par le membre participant si les risques couverts par lesdites garanties ont disparu du fait de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, de changement de profession, retraite ou cessation définitive d'activité.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peuvent intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Dans ces cas, la radiation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la notification. Elle doit faire l'objet d'une lettre recommandée, écrite par le membre participant. Il est procédé, le cas échéant, au remboursement de la fraction de cotisation versée postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Il peut être délivré un certificat de radiation sur demande au membre participant à jour de cotisations.

24.1 Résiliation d'un ayant droit :

Pour plus de précision sur la définition d'un ayant droit se référer à l'article II paragraphe 2.1 du présent règlement.

Les règles de radiation d'un ayant droit en cours de contrat sont fixées comme suit :

- Après un délai de 12 mois d'adhésion, la sortie est possible aux conditions de la Résiliation infra-annuelle (article L. 221-10-2 du Code de la mutualité) comme défini précédemment.
- Votre résiliation au motif d'adhésion à un contrat collectif obligatoire sera acceptée après 12 mois de présence.
Sauf cas particulier changement de situation (Séparation, C2S, décès et enfant de plus de 21 ans ne pouvant justifier la continuité de la scolarité ou d'un rattachement au foyer fiscal, départ à l'étranger).
La demande sera effective le 1er du mois suivant (sous réserve de la réception des justificatifs).
- Contrat collectif : il faut se référer à la notice d'information. À défaut, le règlement mutualiste s'applique.

Toute demande de résiliation d'un ayant droit doit être justifiée :

- Pour les enfants accompagnés des pièces justificatives nécessaires (justificatif employeur (mutuelle obligatoire ...))
- Pour les conjoints et autres personnes à charge, les pièces justificatives nécessaires sont à transmettre en fonction du motif de la demande de résiliation (exemple pour un décès joindre l'acte de décès).

Article XXV. Prescription

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites par les membres sont prescrites par un délai de 24 mois à compter de l'événement qui y donne naissance. Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

Article XXVI. Déchéance

Toute action découlant de l'adhésion à AMELLIS MUTUELLES est prescrite par période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Dans le cas où le bénéficiaire serait mineur ou majeur placé sous un régime de protection légale, ce délai commence à courir à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou retrouve sa pleine capacité juridique. Cette prescription peut être interrompue par une des causes visées à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

Article XXVII. Engagement du membre participant

Le membre participant s'engage en cours d'adhésion à déclarer à AMELLIS MUTUELLES tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit, pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par AMELLIS MUTUELLES. Les modifications dans la situation du membre participant sont portées à la connaissance d'AMELLIS MUTUELLES, par lettre recommandée avec accusé de réception. Il peut également faire la déclaration dans une des agences ou auprès du correspondant de la mutuelle contre récépissé.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues à l'article 27 ci-après.

Article XXVIII. Sanctions

AMELLIS MUTUELLES se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant et ses ayants droit qui auront causé ou tenté de causer volontairement à AMELLIS MUTUELLES un préjudice dûment constaté.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'information, ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi : la nullité de la garantie en application de l'article L221-4 du Code de la Mutualité,
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : la réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante, acceptée par le membre participant en application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité

- En cas de fraude, AMELLIS MUTUELLES poursuivra l'auteur de la fraude pour le remboursement des sommes indûment versées pour son compte. L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un membre participant ou son ayant droit, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir le paiement des prestations ou le bénéfice de services apportés par AMELLIS MUTUELLES.

Article XXIX. Subrogation

AMELLIS MUTUELLES est subrogée de plein droit aux membres participants et à leurs ayants droit, victimes d'un accident, dans leur action contre des tiers responsables, et dans la limite des dépenses supportées.

Article XXX. Descriptif « Garantie - Services

Un descriptif-« garantie – services » est-à disposition dans l'espace adhérent en ligne ou sur simple demande auprès du service commercial. En cas uniquement de modification des garanties et services, l'information est transmise avec l'appel de cotisation annuel et porte à la connaissance du membre participant les modifications prestataires décidées en Assemblée Générale.

Article XXXI. Réclamation - médiation

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations doit parvenir à AMELLIS MUTUELLES dans un délai de deux ans à compter du paiement ou du refus de paiement de celle-ci. Il est appliqué le même délai pour toute rectification concernant les cotisations. Pour se faire Amellis Mutuelles tiens à votre disposition une procédure de gestion des réclamations, cette dernière est accessible sur le site internet de la mutuelle ou sur demande auprès de nos services.

Article XXXII. Secours exceptionnels

En cas de difficultés matérielles ou financières liées à la santé, le membre participant peut solliciter la commission de solidarité composée d'administrateurs. Les décisions de la Commission Sociale sont sans appel.

V – DISPOSITIONS DIVERSES

Article XXXIII. Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Livre II du Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

Article XXXIV. Informations et Libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandat. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre

participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour le compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurait dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Article XXXV. Protection des données personnelles :

Dans le cadre de la gestion des adhésions et des prestations, la mutuelle est amenée à collecter et traiter des données personnelles concernant les membres participants et leurs ayants droit.

Ces traitements sont effectués conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles et notamment au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données (RGPD).

Dans les conditions prévues par la réglementation et sous réserve des obligations légales de conservation des données, qui empêche de réaliser une telle action, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation du traitement des données les concernant.

ARTICLE XXXVI. Obligation de la Mutuelle de lutter contre la fraude et droits d'investigation - Article L561-10 du code monétaire et financier

La Mutuelle, en sa qualité d'organisme de protection sociale complémentaire et membre de l'ALFA (Association de Lutte contre la Fraude aux Assurances de Personnes et aux Prestations Sociales), se réserve le droit de procéder à des investigations pour prévenir, détecter et sanctionner toute fraude ou tentative de fraude, dans le strict respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

À cette fin, la Mutuelle peut :

- Enregistrer les données de connexion à distance (identifiants, adresses ip, logs applicatif, logs techniques).
- Demander la transmission de tout document justificatif (feuilles de soins, ordonnances, factures, attestations, pièces d'identité, etc ...) à tout adhérent, bénéficiaire, professionnel de santé ou tiers ;
- Effectuer des vérifications auprès des adhérents, bénéficiaires, professionnels de santé ou tiers, y compris par croisement de données internes ou externes, dans le respect des secrets professionnel et médical ;
- Collaborer avec l'ALFA pour échanger des informations relatives à des soupçons de fraude, conformément aux statuts de l'association et aux dispositions légales applicables.

Ces investigations peuvent entraîner des retards dans le traitement des demandes de remboursement ou de prestations, sans que cela puisse donner lieu à indemnisation.

Toute collecte, traitement ou conservation de données personnelles dans ce cadre est réalisé de manière proportionnée, sécurisée et transparente, les personnes concernées étant informées de leurs droits (accès, rectification, opposition) conformément au RGPD.

VI – ANNEXES

- ☐ Notice d'information de la garantie Capital Obsèques Forfaitaire (allocation décès).
- ☐ Notice d'information de la garantie Assistance Santé.
- ☐ Tableaux des garanties :
 - Garanties individuelles :
 - MELLIS 120 GA
 - MELLIS 120 ECO
 - MELLIS 150 GA
 - MELLIS 150 ECO
 - MELLIS 200 GA
 - MELLIS 200 ECO
 - Garanties frontalières
 - Frontalier I
 - Border II
 - Fronteira III
 - Cunfini IV
 - Iyaka V
 - Simana VI
 - Garanties individuelles pour les agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics :
 - MELLIS 100 AT
 - MELLIS 120 AT
 - MELLIS 125 AT
 - MELLIS 200 AT
 - EXCELLENCE TERRITORIA
 - ESSENTIEL TERRITORIA
 - CONFORT TERRITORIA
 - EXCELLENCE TERRITORIA
 - Garanties individuelles spécifiques :
 - MALISS, MCMALLIS, PRIMALLIS
 - COMPLISS
 - Garanties pour Travailleurs Indépendants (TNS) :
 - Gamme Travailleurs Indépendants
 - TI 125
 - TI 200
 - TI 350
 - TI 500
 - Gamme TIMELLIS
 - BASO
 - MODO
 - MEDIO
 - ALTO
 - Options individuelles :
 - Renforts optique / dentaire
 - Garantie hospitalière
 - Gamme Sur complémentaire
 - SURCO1
 - SURCO2
 - SURCO3
 - SURCO4
 - Gamme Diamellis garanties individuelles
 - TRANQUILLE
 - PRUDENT
 - DYNAMIQUE