



**Mutuelle Familiale de la Réunion**

# Règlement Mutualiste

*Applicable à compter de 24 juillet 2022*

Validé par l'assemblée générale du 23 juillet 2022

La Mutuelle Familiale de la Réunion (M.F.R.) est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
Immatriculée à l'INSEE sous le N° 388 213 712- L.E.I N° 969500PLIERN4LO7PW64.

Elle est substituée par l'Union de Réassurance et de Substitution Sociale (UR2S) INSEE N° 453 112 690 - LEI  
N°969500ATC1Q67MA45G58

Elle est établie au 112 Ter Avenue Pierre Mendès France - 97441 SAINTE-SUZANNE.

## SOMMAIRE

Article 1 : Objet .....	3
Article 2 : Nature des adhésions .....	3
Article 3 : Renonciation à l'adhésion.....	3
Article 4 : Fonctionnement de l'adhésion .....	4
Article 5 : Résiliation de l'adhésion .....	4
Article 6 : Personnes assurées et conditions d'adhésions .....	4
Article 7 : Définition des ayants droit.....	4
Article 8 : Exclusion d'un adhérent .....	5
Article 9 : Garanties.....	5
Article 10 : Limitations de garanties.....	6
Article 11 : Effet, durée et cessation des garanties.....	6
Article 12 : Modifications des garanties.....	7
Article 13 : Règlement des prestations .....	7
Article 14 : Contrôle des prestations versées .....	7
Article 15 : Prescription.....	7
Article 16 : Cotisations .....	8
Article 16 bis : Cotisations variables.....	9
Article 17 : Règlement des cotisations.....	9
Article 18 : Ouverture des droits.....	9
Article 19 : Suspension et remise en vigueur des garanties .....	9
Article 20 : Démission.....	9
Article 21 : Radiation .....	10
Article 22 : Tiers-payant .....	11
Article 23 : Etendue territoriale des prestations.....	11
Article 24 : Cas ouvrant droit à résiliation anticipée : .....	11
Article 25 : Changement dans la situation du bénéficiaire .....	11
Article 26 : Principe indemnitaire et subrogation .....	11
Article 27 : Examen des réclamations .....	12
Article 28 : Loi applicable .....	12
Article 29 : Protection des données à caractère personnel .....	12
Article 30 : Autorité de contrôle des activités de la mutuelle .....	13
Article 31 : Réclamations.....	13
Article 32 : Médiation.....	13
Article 33 : Règlementation relative à la directive distribution d'assurance .....	13
Lexique .....	15

## Article 1 : Objet

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le règlement mutualiste complète les statuts ; il définit le contenu des engagements existant entre les membres participants ou honoraires et la mutuelle, et fixe les conditions générales dans lesquelles s'exercent les garanties.

Il est adopté par le Conseil d'Administration. Chaque adhérent en reçoit copie.

## Article 2 : Nature des adhésions

L'adhésion est facultative et par nature individuelle si l'Adhérent est salarié, exploitant agricole, travailleur indépendant, et bénéficiaire avec ses ayant droit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie / maternité.

S'il s'agit d'une entreprise ou d'une collectivité, l'adhésion est de fait collective ; suivant les dispositions légales en vigueur, elle peut être « obligatoire » ou « facultative ».

Chaque Adhérent complète et signe une demande d'adhésion ou d'admission individuelle ; l'entreprise ou la collectivité complète et signe une demande d'adhésion collective.

Ces demandes peuvent être refusées par la mutuelle dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de réception. L'acceptation de la mutuelle emporte acceptation de ses statuts, du présent règlement mutualiste et des conditions générales relatives aux garanties souscrites.

L'adhésion de tout nouvel Adhérent est subordonnée :

- au versement d'un droit d'entrée unique quel que soit le nombre de garanties souscrites ; ce droit d'entrée qui est fixé chaque année par le Conseil d'Administration peut être différencié selon qu'il s'agit d'une adhésion individuelle ou collective.

Si un Adhérent Santé est radié parce qu'il bénéficie de la PUMA ou d'une mutuelle obligatoire liée à son contrat de travail et s'il se réinscrit ultérieurement, il est exonéré du droit d'entrée.

- au paiement de la première cotisation à laquelle s'ajoute, le cas échéant, la contribution mutualiste instituée par le Conseil d'Administration de la mutuelle.

## Article 3 : Renonciation à l'adhésion

- ✓ En cas de démarchage dans les conditions de l'article L.221-18-1 du Code de la Mutualité, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires (y compris dimanches et jours fériés) à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prolongé au premier jour ouvrable suivant. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation. L'exercice de ce délai de rétraction s'effectuera sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle proposé ci-dessous.

*Modèle de lettre « Madame, Monsieur, en application de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ..., le cachet de La Poste faisant foi. Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat. Veuillez agréer, / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »*

- ✓ Conditions applicables en cas de vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par le même mode de communication à distance que celui utilisé pour la souscription pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie si elle est postérieure. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

*Modèle de lettre « Madame, Monsieur, En application de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ..., le cachet de La Poste faisant foi. Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat. Veuillez agréer, / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »*

#### Article 4 : Fonctionnement de l'adhésion

L'Adhérent doit remplir avec exactitude le bulletin de demande d'adhésion. Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours d'adhésion entraîne l'application des sanctions prévues par le Code de la Mutualité. Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, l'adhésion est nulle et réputée n'avoir jamais existé et les cotisations sont conservées par la mutuelle à titre de dommages et intérêts. Si elle n'est pas intentionnelle, les prestations sont réduites en proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si le risque avait été exactement déclaré et la mutuelle peut, soit maintenir l'adhésion contre une augmentation de cotisation, soit la résilier.

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchus de tous droits, en cas de détection par la mutuelle d'une fraude ou d'un délit commis par l'adhérent ou l'un de ses ayants droits au préjudice de la mutuelle, en lien ou impactant les garanties souscrites.

La fraude résulte notamment de toute fausse déclaration volontaire, de toute omission volontaire ou de toute production de faux ou usage de faux.

Dans ce cas, les garanties prennent fin à la date de notification du constat de fraude ou de délit par la Mutuelle, les cotisations échues demeurent acquises à la Mutuelle, qui est autorisée à recouvrer les prestations indûment versées.

#### Article 5 : Résiliation de l'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité : Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- lorsque l'Adhérent relève de la PUMA et le justifie en produisant la notification de l'accord de la Sécurité Sociale.
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification, elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'évènement.

Il en est de même en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 16 ci-après relevant des obligations des Adhérents.

#### Article 6 : Personnes assurées et conditions d'adhésions

Sont assurés, les particuliers, les professionnels, les entreprises et les collectivités, ainsi que leurs ayants droit désignés sur le bulletin de demande d'adhésion.

Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.

Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.

#### Article 7 : Définition des ayants droit

Le (la) conjoint(e), ou le (la) concubin(e) notoire, ou le (la) contractante d'un pacte civil de solidarité ; les enfants à charge de moins de 18 ans ou de moins de 20 ans scolarisés ou étudiants (les enfants de plus de 16 ans devront fournir un certificat de scolarité) ; les ascendants fiscalement à charge de l'adhérent ou de son conjoint.

## Article 8 : Exclusion d'un adhérent

*Dans le respect des règles prévues par le Code de la Mutualité, l'Adhérent peut être exclu de la mutuelle en cas constaté de fausse déclaration intentionnelle (article L221-14 du Code de la Mutualité) ; dans ce cas, l'exclusion est immédiate et la mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues tout en considérant acquises les cotisations versées, exceptés dans les cas visés à l'article L221-17 du même Code.*

*Aucune prestation ne pourra être servie après la décision d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.*

## Article 9 : Garanties

Les garanties - détaillées en annexe 1 - s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le régime obligatoire du bénéficiaire sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties. Les prestations sont remboursées en France et en euros. Les garanties respectent les conditions du contrat responsable conformément à l'article L.871-1 du Code de la Mutualité et ses textes d'application. La mutuelle rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de convention ou du tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du régime obligatoire. Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention (TC), du Tarif d'Autorité (TA) ou du Tarif de Responsabilité (TR) désignent des remboursements en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Le remboursement est effectué poste par poste selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties. Si les remboursements du régime obligatoire sont modifiés au cours de l'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Les remboursements sont plafonnés par année d'adhésion et par bénéficiaire selon le niveau de garantie choisi, conformément aux tableaux des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle. Concernant plus particulièrement :

### ▶ L'hospitalisation

- le forfait journalier est pris en charge intégralement, sans limitation de durée.
- les séjours hospitaliers en secteur non conventionné sont remboursés à partir des bases de calcul retenues par le régime obligatoire.
- garantie maison de repos et assimilés : les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (**à l'exclusion de la thalassothérapie**) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues, sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties en fonction du niveau choisi sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière** et déduction faite du remboursement du régime obligatoire.

### ▶ Les prestations de prévention

- l'ensemble des prestations de prévention, prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006, est au moins remboursé au Ticket Modérateur.

### ▶ Le dentaire

- les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie donnant lieu à cotation mais non remboursés par la Sécurité sociale sont remboursés sur la base du Tarif de convention.
- forfait soins dentaires hors nomenclature : les dépenses d'implants, d'actes de parodontologie ou de prévention des caries sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. Il n'est versé qu'un seul forfait par bénéficiaire et par année d'adhésion.

### ▶ L'optique

- forfait optique : les verres, montures sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants. Cette période est ramenée à 1 an (glissant) pour un équipement (1 monture et 2 verres), en cas d'évolution de la correction optique selon certains critères (voir tableau de garantie ou son annexe). Pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans : prise en charge limitée

à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 12 mois glissants. Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas de d'évolution de la correction optique objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale. Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans tous les cas : Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'évolution liée à des situations médicales particulières (tableau de garantie ou son annexe), sous réserve d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Lors d'un achat d'un équipement (monture + 2 verres) espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre).

Le délai de 2 ans entre l'acquisition de deux équipements est calculé au regard de la date de l'équipement optique.

- lentilles sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. Il n'est versé qu'un seul forfait, non cumulable et non reportable, par bénéficiaire et par année d'adhésion.

- forfait opération laser de la myopie : les dépenses liées à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. Il n'est versé qu'un seul forfait, non cumulable et non reportable, par bénéficiaire et par année d'adhésion.

► Les forfaits

-forfait cure thermale : les frais de cure thermale (pris en charge par le régime obligatoire) sont remboursés par le forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi ; **il exclut le remboursement de tout autre frais tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermale.** Il n'est versé qu'un seul forfait par bénéficiaire et par année d'adhésion.

-forfait naissance/adoption : la naissance d'un enfant ou l'adoption fait l'objet du versement d'un forfait selon le niveau choisi. Il est versé au bénéficiaire en cas de naissance d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples. **Il exclut le remboursement de tout autre frais, sauf les dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique et le supplément chambre particulière, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.** Si l'Adhérent et son conjoint sont bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.

-forfait médecine douce : sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi :

- Consultations d'ostéopathie, d'étiopathie, de chiropractie, de podologie, d'acupuncture, d'homéopathie, de sophrologie.

- Diététique, Psychomotricien, Psychologue pour enfant de moins de 16 ans.

► Sont également incluses les séances de consultations de psychologues conformément à l'article L162-58 Code de la sécurité sociale et le forfait patient urgences conformément à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale.

### Article 10 : Limitations de garanties

**Ne sont pas garantis :**

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 9), la thalassothérapie.

### Article 11 : Effet, durée et cessation des garanties

**Sous réserve du paiement effectif de la première cotisation, la date d'effet est fixée au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion, ou de modification de niveau de garantie ou d'adjonction d'un nouveau bénéficiaire.**

**Sur demande de l'adhérent et sous réserve de l'accord de la mutuelle, la date d'effet de la demande peut se situer à la date de l'adhésion, la cotisation de ce mois est alors due intégralement.**

**Aucun délai d'attente ou limitation n'est appliqué pour les accidents, pour les options "Renfort Optique" et "Renfort Dentaire" et "Forfait médecine naturelle" ainsi que pour les enfants. Il y a un délai d'attente de neuf mois pour le forfait naissance/adoption. Il ne s'applique pas, sauf pour le forfait naissance/adoption, pour l'Adhérent ou les bénéficiaires si, à l'adhésion, ils déclarent avoir bénéficié de garanties supérieures ou égales au cours du mois précédant la date d'effet de leur adhésion et s'ils fournissent un certificat de radiation et/ou tout document indiquant le niveau et le contenu de ces garanties antérieures.**

*Les garanties sont viagères dès la date d'adhésion. L'échéance est au 31 décembre.*

*L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction à compter du 1er janvier suivant la date d'adhésion.*

#### **Les garanties et le droit aux prestations cessent :**

- a. en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,
- b. en cas de non-paiement des cotisations, les garanties étant suspendues 10 jours avant la résiliation (cf. article 16),
- c. dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,
- d. en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

L'adhésion est établie d'après les déclarations des Bénéficiaires. ***Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.***

#### Article 12 : Modifications des garanties

Le membre participant peut modifier sa couverture santé à la mutuelle en adressant une demande écrite, par lettre recommandée, un mois avant l'échéance annuelle du 1<sup>er</sup> janvier. Cette modification prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier qui suit la demande. Toute autre modification peut, dans les mêmes conditions, être demandée en cours d'année avec justificatifs, notamment l'adjonction ou le retrait d'un bénéficiaire, consécutivement à une naissance, une séparation, un divorce ou un décès... .

Toute modification des garanties impose l'établissement d'une nouvelle demande d'adhésion et l'application d'éventuels délais d'attente ou de carence sur l'augmentation de ces garanties ou sur celles accordées aux ayants droit ou bénéficiaires nouveaux, décomptés à partir de la date d'effet de la modification retenue par la mutuelle. Les modifications des garanties sur initiative de la mutuelle s'appliquent à partir de leur notification aux Adhérents par courrier, circulaire, affichage, presse locale moyen d'information.

#### Article 13 : Règlement des prestations

*Pour percevoir ses prestations, l'Adhérent doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.*

*Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à la mutuelle ou l'union qui la substitue ou l'organisme gestionnaire dans les 3 mois qui suivent le paiement du régime obligatoire ou l'arrivée d'un enfant :*

- ▶ *les décomptes originaux du régime obligatoire (en cas de non bénéfice de la télétransmission),* ▶ *les notes ou factures acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés),*
- ▶ *les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,*
- ▶ *les prescriptions médicales et les factures correspondantes pour le forfait médecine naturelle,*
- ▶ *une copie du livret de famille pour le forfait naissance,*
- ▶ *une copie de la licence sportive du bénéficiaire pour le forfait visite du sport.*

Toutes les prestations sont payées sous 15 jours ; ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation

#### Article 14 : Contrôle des prestations versées

La mutuelle ou l'union qui la substitue ou l'organisme gestionnaire pourra demander au bénéficiaire ayant perçu des prestations, tout renseignement ou document qu'elle jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations.

#### Article 15 : Prescription

*Conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.*

*Toutefois, ce délai ne court :*

*- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;*

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Lorsque l'action du membre participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit 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 le membre participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## Article 16 : Cotisations

Le détail des cotisations est annexé au présent règlement. Toute modification des montants de cotisations est portée à la connaissance des adhérents.

La cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion de l'Adhérent et des garanties souscrites. Pour les adhésions en couple, la cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion du conjoint s'il est plus jeune que l'Adhérent. L'âge de l'Adhérent ou du conjoint est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance. Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

A ces taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge, de la composition de la famille assurée, du régime obligatoire et du niveau choisi.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou éventuellement en cours d'année sur décision de l'Assemblée Générale ou du Conseil d'Administration ; si la participation à la charge des bénéficiaires venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du régime obligatoire ou en cas de modification dans la situation des bénéficiaires, la nouvelle cotisation prendra effet à la date d'effet de ladite modification.

Chaque membre participant s'engage au paiement d'une cotisation. Cette cotisation correspond à la cotisation normale au sens de l'article R.212-9 du code de la mutualité. Conformément aux articles R.212-9 et R.212-14 du code de la mutualité, la mutuelle peut pratiquer un rappel de cotisations ou une réduction des prestations. Le montant maximal de cotisation ne peut être inférieur à une fois et demie le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

En cas de modification du niveau de garantie souscrit suite à une demande de l'Adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle ou l'union qui la substitue ou l'organisme délégué adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la



suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, la mutuelle résiliera de plein droit le contrat. En outre, elle pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au Code.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

### Article 16 bis : Cotisations variables

Conformément à l'article R212-9 du code de la mutualité, le montant maximal de cotisation ne peut être inférieur à une fois et demie le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

### Article 17 : Règlement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

La non réception de cet appel de cotisations ne dispense le membre participant du paiement de la cotisation.

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considéré comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

La cotisation peut être réglée :

- par prélèvement bancaire automatique : l'Adhérent doit signer une autorisation de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire. En cas de rejets consécutifs de prélèvement, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des pénalités, de répercuter les frais fixés par l'organisme bancaire, de supprimer le mode d'encaissement par prélèvement dès le second rejet consécutif pour « compte insuffisamment approvisionné » et d'exiger pour l'avenir le paiement annuel des cotisations. L'Adhérent qui règle par prélèvement devra alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'exercice civil en cours par tout moyen à sa convenance.
- par chèque bancaire ou postal : les dispositions précédentes sont applicables dès le premier rejet d'un chèque.
- en espèces.
- par mandat postal.

Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération peuvent être ajoutés au montant prélevé.

### Article 18 : Ouverture des droits

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, selon la procédure détaillée à l'article 21 du présent règlement mutualiste.

### Article 19 : Suspension et remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

séjour prolongé à l'étranger,  
détention à caractère pénal.

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

### Article 20 : Démission

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre. Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social : M.F.R - Service résiliations –  
112 Ter, Avenue Pierre Mendès France -97441 SAINTE SUZANNE
- Soit par email à l'adresse unique suivante : [resiliation@mutuelles-umr.re](mailto:resiliation@mutuelles-umr.re),

- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante : [www.mutuelles-umr.re](http://www.mutuelles-umr.re)
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en aura reçu notification par le membre participant. Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre. Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoires visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation. A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

**Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.**

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Conformément à l'article L221-10-2 du code de la mutualité, « Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal. »

La mutuelle peut déroger exceptionnellement au principe de résiliation annuelle : si l'Adhérent apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective liés à son contrat de travail impose son affiliation obligatoire, la résiliation peut être acceptée et est effective le premier jour du mois suivant la demande de résiliation hors date anniversaire. Cette résiliation entraîne la radiation des bénéficiaires des garanties et, le cas échéant, le trop-perçu de cotisations est remboursé à l'Adhérent.

### Article 21 : Radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles ce présent règlement subordonne l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration ou ses mandataires.

Peuvent également être radiés, les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations.

Conformément à l'article L221-7 du code de la mutualité, 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 ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie 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 ou l'union a le droit de résilier ses garanties 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 ou à l'union 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.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures, pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement ou la régularisation de leurs cotisations.

*Aucune prestation ne pourra être servie après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.*

### Article 22 : Tiers-payant

Chaque adhérent complète un bulletin de demande d'adhésion. Il lui est remis une « Carte de Tiers Payant Santé » permettant le tiers payant avec certains professionnels de santé.

Cette « Carte de Tiers Payant Santé » reste la propriété de la Mutuelle qui en demandera la restitution en cas de départ de l'adhérent (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

### Article 23 : Etendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

Tous soins à l'étranger devra obligatoirement être pris en charge par l'organisme de sécurité sociale obligatoire français pour donner lieu à remboursement par la mutuelle.

Le remboursement de la mutuelle s'effectuera en complément à 100% du tarif de convention français recalculé par l'organisme obligatoire.

### Article 24 : Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà peut être remboursée à un membre de sa famille sur justificatif de lien de parenté.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1er jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

### Article 25 : Changement dans la situation du bénéficiaire

L'Adhérent doit informer la mutuelle ou l'union qui la substitue ou l'organisme gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire, statut, situation, domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur dix-huitième année, il doit également fournir chaque année un certificat de scolarité au plus tard le 31 décembre de l'année en cours.

### Article 26 : Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

Toutefois, la mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droit 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, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

### Article 27 : Examen des réclamations

En cas de difficultés dans l'application du contrat d'adhésion, il est recommandé à l'Adhérent de s'adresser à la mutuelle, ou à l'union qui la substitue ou à l'organisme gestionnaire. Si la réponse donnée ne lui donnait pas satisfaction, l'Adhérent pourra demander l'avis d'un médiateur, sans préjudice de son droit à agir en justice.

### Article 28 : Loi applicable

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité, la loi applicable est la loi française et les tribunaux compétents les tribunaux français, selon les règles de compétence matérielle et territoriale prévues par le droit français.

### Article 29 : Protection des données à caractère personnel

La MFR recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la MFR sis 112 Ter Avenue Pierre Mendès France 97441 - SAINTE SUZANNE ou directement auprès du Délégué à la Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

**DPO – MFR**

**112 Ter avenue Pierre Mendès France**

**97441 SAINTE-SUZANNE**

ou par mail à l'adresse suivante : **dpo@mutuelles-umr.re**

Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur notre site internet : [www.mutuelles-umr.re](http://www.mutuelles-umr.re)

### Article 30 : Autorité de contrôle des activités de la mutuelle

Conformément au Code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège est situé 4 Place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09

### Article 31 : Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

#### **Service réclamation**

**Union des Mutuelles de la Réunion**  
**112 Ter Avenue Pierre Mendès France**  
**97441 SAINTE-SUZANNE**

Ou par mail à l'adresse suivante : [reclamation@mutuelles-umr.re](mailto:reclamation@mutuelles-umr.re)

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

### Article 32 : Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

#### **Le médiateur**

**Groupe Entis Mutuelles**  
**39 Rue du Jourdil**  
**74960 Cran-Gevrier**

Ou par mail à l'adresse suivante : [mediation@mutuelles-entis.fr](mailto:mediation@mutuelles-entis.fr)

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

### Article 33 : Règlementation relative à la directive distribution d'assurance

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation, ainsi que, le cas échéant, à l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance,

Indique à l'adhérent s'il est soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance ; il s'engage à indiquer à l'adhérent le nom de ces entreprises d'assurance, le cas échéant,

Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,

Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,

Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlés lors du recrutement.

Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,

Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,

Conseille les adhérents aux mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leur exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

## Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante:

**Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

**Adhérent / Membre participant** : Personne physique qui adhère à la mutuelle et signe la demande d'adhésion.

**Année d'adhésion** : Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion pour chaque Bénéficiaire.

**Base de Remboursement** : Tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

**Bénéficiaire** : L'Adhérent et éventuellement son conjoint et leurs enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, admis à l'assurance. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

**Certificat d'adhésion** : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion et précisant pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

**Code** : Code de la Mutualité.

**Conjoint** : L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

**Délai d'Attente** : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

**Maladie** : Altération de la santé constatée par une autorité médicale. Toutefois, sont considérées comme des maladies et non comme des accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un accident caractérisé).

**Régime obligatoire** : Le régime de Sécurité sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

**TA (Tarif d'Autorité)** : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

**TC (Tarif de Convention)** : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

**TC \***: Tarif de Convention sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire du Bénéficiaire.

**TM (Ticket Modérateur)** : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et la part prise en charge par le régime obligatoire.

**TR (Tarif de Responsabilité)** : Cela vise : -le Tarif Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné, -le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

[Annexe 1 – Grille des prestations](#)

[Annexe 2 – Grille des cotisations](#)