

ANNEXE 1

Conditions générales d'un contrat à adhésion individuelle en vigueur à l'adhésion du contrat

Mutuelle SMI, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784 669 954.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les garanties du présent contrat ont pour objet, en cas d'accident de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut s'agir des prestations en nature ou des prestations supplémentaires à celles versées par la Sécurité Sociale.

Le présent contrat dénommé contrat frais de santé "individuels" a été créé par la Mutuelle SMI, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dans le but de faire bénéficier à ses membres participants et leurs ayants-droit des garanties aux conditions déterminées aux présentes Conditions Générales et aux Conditions Particulières

Ce présent contrat et les Conditions Particulières afférentes s'imposent au même titre que les statuts de la Mutuelle SMI.

ARTICLE 2 - MEMBRES PARTICIPANTS ET BENEFICIAIRES

2-1-Définition des membres participants

Une personne physique acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle SMI, lorsqu'elle signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle SMI.

2-2 – Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations de la Mutuelle SMI sont les membres participants et leurs ayants-droit figurant sur les conditions particulières de chaque adhésion.

Les ayants-droit sont ceux reconnus au titre des remboursements par la Sécurité sociale française. Peuvent être concernés le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS), les enfants à charge et les ascendants à charge.

Lorsque le contrat souscrit fait référence à la notion d'enfants à charge du membre participant, sont considérés comme à charge les enfants jusqu'à l'échéance principale du contrat qui suit (ou qui coïncide avec) leur vingtième anniversaire, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont le membre participant pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels, le membre participant verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Le nouveau-né est garanti dès la date de sa naissance dans les conditions prévues par le présent contrat si la demande en est faite à la Mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent cet événement (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts).

CHAPITRE II

ADHESION ET RESILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

ARTICLE 3 - TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises :

- aux membres participants relevant du régime général français exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- aux membres participants détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

Lorsque l'accident ou la maladie est survenu hors de France, le versement des prestations s'effectue après le retour de l'Assuré en France. Pour le calcul des prestations, l'Assureur prend en compte le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

ARTICLE 4 - MODALITES D'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières, qui suit la date de validation de l'adhésion, pour une durée d'un an. Elle se poursuit ensuite annuellement, par tacite reconduction sauf en cas de demande de résiliation par le membre participant prévu à l'article 5 ci-après.

Le membre participant doit adresser, à la Mutuelle SMI, les pièces suivantes :

1. A l'adhésion

- Une demande d'adhésion, indiquant les nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité Sociale du membre participant et de chaque bénéficiaire, ainsi que le domicile.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal et une autorisation de prélèvement automatique.
- Une copie de l'attestation de la carte vitale de chacun des bénéficiaires assurés sociaux.

Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et liberté", le membre participant peut obtenir à tout moment communication, et, le cas échéant, rectification des informations détenues, sur simple demande à la Mutuelle SMI.

2. En cours d'exercice

▪ Modification de situation de famille

Un avenant avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de survenance et la copie de l'attestation de la carte vitale des nouveaux bénéficiaires.

Ces documents à produire à la Mutuelle SMI doivent être transmis dans les trois mois suivant l'événement.

ARTICLE 5 - MODALITES DE RESILIATION

- **A la demande du membre participant.** Par lettre recommandée adressée au plus tard deux mois avant l'échéance principale du contrat, son adhésion pourra être résiliée. Il peut également dénoncer son adhésion en raison des modifications apportées à ses droits et obligations dans un délai d'un mois à compter de l'envoi par SMI de l'avenant l'en informant.
- **A l'initiative de la Mutuelle SMI.** Le présent contrat pourra être résilié, en cas de non paiement de la cotisation par le membre participant

ARTICLE 6 - MODALITES DE RETRACTATION

Dans le cas où le contrat a été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et L 121- 20 – 8 du code de la consommation), le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du membre participant.

Dans ce cadre, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de réception des documents contractuels. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à la Mutuelle SMI. La cotisation dont le membre participant est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de renonciation :

- Si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à SMI les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, SMI les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

CHAPITRE III

COTISATIONS

ARTICLE 7 – DETERMINATION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées aux Conditions Particulières.

Elles sont déterminées en fonction notamment de l'âge de chaque bénéficiaire à la date d'adhésion, de la zone géographique du domicile et des garanties souscrites, elles mêmes déterminées compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date d'effet du présent contrat.

Les cotisations sont exprimées en montants, en euros.

La Mutuelle SMI ne peut instituer des différences de cotisations basées sur l'état de santé des membres participants et de leurs ayants-droits.

ARTICLE 8 – INDEXATION DES COTISATIONS

Les cotisations sont indexées automatiquement à compter du 1^{er} avril de chaque année et au plus tôt à l'effet de l'échéance anniversaire du contrat :

- en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires (montant en euros des soins et biens médicaux figurant dans les Comptes nationaux de la Santé sous les rubriques « débours des ménages », « Mutuelles et Assurances privées »).
- en fonction de l'âge atteint par chaque bénéficiaire à cette date, la cotisation évolue de façon viagère contractuellement de 2% par année jusqu'aux 65 ans du bénéficiaire et 3% au delà.

ARTICLE 9 – REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont réévaluées à compter du 1^{er} avril de chaque année, au plus tôt à effet de l'échéance anniversaire du contrat en fonction des résultats techniques de l'ensemble des contrats de même nature auquel le présent contrat appartient, , de l'évolution des prestations couvertes.

Néanmoins lorsque le risque se trouve aggravé ou en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, la Mutuelle SMI révisera les cotisations à compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

Toute révision des cotisations fait l'objet d'un avenant signé entre le membre participant et la Mutuelle SMI.

En cas de désaccord entre les parties sur la signature d'un avenant, les cotisations et les garanties resteront identiques (sous réserve des articles 12 et 13 des présentes Conditions Générales) en valeurs absolues à celles appliquées avant les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, ces modifications ne pouvant en aucun cas augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle SMI.

Tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de l'information, résilier son adhésion en raison de ces modifications, conformément à l'article 5 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, le fractionnement et le mode de ce paiement sont aux Conditions Particulières.

Les cotisations sont payables par chèque ou par prélèvement bancaire ou postal.

ARTICLE 11 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due, dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue après un délai de trente jours à compter de l'envoi d'une lettre de mise en demeure adressée au membre participant.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle a été fractionné, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle SMI peut résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu le défaut de paiement peut entraîner la résiliation de la garantie.

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 du paiement, 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 mis à la charge du membre participant.

La Mutuelle SMI peut appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par le conseil d'administration.

CHAPITRE IV

PRESTATIONS

ARTICLE 12 – PRESTATIONS

Les prestations accordées au titre du présent contrat viennent en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires entraîne l'absence de remboursement de la Mutuelle SMI, sauf stipulation expresse contraire prévue aux Conditions Particulières du contrat.

Les prestations accordées au titre du présent contrat prennent en charge, dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des textes pris pour son application, les prestations liées à la prévention, aux consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Le détail des garanties figure aux Conditions Particulières du contrat.

Dans l'hypothèse où certaines dispositions du présent contrat se révéleraient en contradiction avec la définition des contrats dits « responsables » fixée par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, elles doivent être considérées comme réputées non écrites à la date d'effet de ladite définition. Lorsque cela sera possible, les garanties seront adaptées en fonction de la définition des contrats dits « responsables » fixée par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.

ARTICLE 13 - RISQUES EXCLUS

13-1 – Les garanties du présent contrat ne couvrent pas :

- une maladie ou un accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les frais résultant de la participation active de l'Assuré à un attentat ou une tentative d'attentat,
- les frais résultant d'un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.
- les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse,
- les séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie,
- les séjours et soins relatifs aux établissements, maisons, centres, ou unités de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
- les frais résultant directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.
- La participation mentionnée aux II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale ; cette participation reste donc à la charge des membres participants et de leurs ayants-droit ;
- conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et selon les conditions fixées par les textes pris pour son application :
 - a) la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'assuré n'a

pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;

- b) les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;**
- c) les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité Sociale ;**
- d) tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.**

13-2 – A moins de faire l'objet d'un remboursement du régime obligatoire, les frais résultant :

- **du fait intentionnel du bénéficiaire,**
- **du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en Etablissements et/ou services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques,**

n'ouvriront droit à remboursement de la part de la Mutuelle SMI que pour **les garanties entrant dans le cadre des contrats dits « responsables » fixé par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.**

13-3 – Conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale, le contrat prend en charge :

- au moins **30 % du tarif opposable** des consultations du **médecin traitant ;**
- au moins **30 % du tarif servant de base** au calcul des prestations d'assurance maladie pour certains **médicaments** prescrits par le médecin traitant ;
- au moins **35 % du tarif de remboursement** par l'assurance maladie des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ;
- la **totalité du ticket modérateur** sur les prestations de prévention.

ARTICLE 14 - DEMANDES DE REMBOURSEMENT

14-1 – Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la Mutuelle SMI :

- soit par télétransmission de type « NOEMIE » ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire,
- soit sur présentation, par le membre participant, des décomptes ou relevés de décomptes de l'organisme de Sécurité Sociale, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement. **Seuls les documents originaux** seront pris en compte par la Mutuelle SMI.

14-2 – Aucun des documents reçus par la Mutuelle SMI pour effectuer ses remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

14-3 – Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment ou par erreur des prestations, la Mutuelle se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

14-4 – Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

ARTICLE 15 - DROITS AUX PRESTATIONS

15-1 – Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ne sont pas remboursables, la date de référence étant celle figurant sur le décompte.

15-2 – La Mutuelle SMI se réserve le droit, avant ou après le paiement des prestations et afin d'éclaircir sa décision de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

La Mutuelle SMI peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

15-3 – Aucune prestation ne sera servie pendant la période de suspension, ni après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

15-4 – Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et de la dépense réellement engagée, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les remboursements des frais ne peuvent excéder le montant restant à la charge du membre participant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

ARTICLE 16 - FORCLUSION

Les membres participants ne pourront prétendre au bénéfice des prestations servies par la Mutuelle SMI, pour tout décompte de leur régime obligatoire, factures, tickets modérateurs et autres documents, présentés deux ans après la date de soins.

Ce délai s'applique également pour le versement de l'allocation naissance, à compter de la date de l'événement.

ARTICLE 17 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations est effectué par virement direct sur compte bancaire ou postal.

Le règlement par chèque pourra toutefois être fait sur demande particulière du membre participant.

Un avis de paiement appelé décompte ou relevé de décomptes est envoyé par la Mutuelle SMI aux membres participants.

ARTICLE 18 - PRESCRIPTION

Toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectué par la Mutuelle SMI.

ARTICLE 19 - CONTESTATION

En cas de contestation d'un remboursement, le membre participant a la faculté de s'adresser au médiateur de la Fédération Nationale de Mutualité Française sise 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15. La décision rendue par ce médiateur engage la Mutuelle SMI.

ARTICLE 20 - DECHEANCE DU MEMBRE PARTICIPANT

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; la Mutuelle SMI peut prononcer ensuite l'annulation des droits aux prestations et l'exclusion du membre participant, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

CHAPITRE V

EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 21 - PRISE D'EFFET ET DUREE

Le contrat prend effet à la date d'adhésion acceptée par SMI et indiquée aux Conditions Particulières.

Passé cette date, il est renouvelable chaque année pour une durée d'un an par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée, reçue au plus tard deux mois avant l'échéance principale.

Toute modification du contrat sera constatée par l'émission et la signature d'un avenant.

ARTICLE 22 - RESILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat peut être résilié :

- à la demande du membre participant à chaque échéance annuelle et dans les conditions prévues à l'Article 20 du présent contrat..
- à la demande de la Mutuelle SMI, en cas de non acceptation de la révision annuelle des cotisations, prévue à l'Article 8, ou de défaut de paiement des cotisations, visé à l'Article 10.

CHAPITRE VII

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 23 – AUTORITÉ DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, sise 61, rue de Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 - France.

ARTICLE 24 – SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants et aux ayants-droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par la mutuelle à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales 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.

Si le membre participant et/ou ses ayants-droit bénéficient d'une assurance permettant son indemnisation (assurance individuelle, personnes transportées en automobile, etc), ils doivent demander à l'assureur le règlement des prestations dues et réclamer à la Mutuelle, s'il y a lieu, un complément de prestations dans la limite de la catégorie à laquelle ils appartiennent, si toutefois ils n'ont pu obtenir la totalité du remboursement de leur assureur.

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

ARTICLE 25 – PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité Sociale.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 26 - DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 23-1 des statuts et dans le respect des dispositions du code de la mutualité.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Conditions générales

L'actif net est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23-1 des présents statuts, à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L 421-1 du code de la mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L 431-1 du code de la mutualité.

