



REGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

OPERATIONS INDIVIDUELLES GAMME « VITAL'EMOA »

www.mutuelle-emoa.fr

SOMMAIRE

1 – Objet du règlement Mutualiste	3
2 – Contrats responsables	3
3 – Adhésion	4
3-1 : Durée et renouvellement de l'adhésion	4
3-2 : Formalités d'adhésion.....	4
3-3 : Pièces à fournir à l'adhésion.....	4
3-4 : Date d'effet de l'adhésion	4
3-5 : Délai de carence	4
3-6 : Limite d'âge à l'adhésion	4
4 – Modification des garanties	4
4-1 : Changement du niveau de garanties.....	4
4-2 : Modification des prestations à l'initiative de Emoa Mutuelle du Var.....	5
5 – Cessation des garanties	5
6 – Résiliation	5
6-1 : Résiliation à l'initiative du membre participant.....	5
6-2 : Résiliation à l'initiative de Emoa Mutuelle du Var.....	6
6-3 : Informations préalables en cas de souscription du contrat à distance.....	6
7 – Exclusion	6
8 – Cotisations	6
8-1 : Fixation et évolutions des cotisations	6
8-2 : Mode de calcul des cotisations.....	6
8-3 : Exonération des cotisations	7
8-4 : Paiement des cotisations	7
8-5 : Non paiement des cotisations.....	7
9 – Garanties	7
9-1 : Définition des garanties	7
9-2 : Ouverture du droit aux prestations	8
9-3 : Modalités de règlement.....	8
9-4 : Assiette.....	8
9-5 : Limites.....	8
9-6 : Risques exclus.....	8
9-7 : Dispositions propres à certaines prestations	9
9-8 : Prestations plafonnées	9
9-9 : Tiers payant	10
10 – Forclusion	10
11 – Prescription.....	10
12 – Subrogation	10
13 – Emoa Assistance à domicile	11
14 – Pass⁺ Emoa	11
15 – Commission d'Action Mutualiste	11
16 – Informatique et libertés	11
17 – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).....	11
18 – Réclamations et médiations.....	11
19 – Travailleurs Non Salariés (TNS).....	11
ANNEXE – Tableau de garanties.....	12

1. Objet du règlement Mutualiste

Les dispositions du présent règlement Mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles Emoa Mutuelle du Var assure des garanties « frais de santé » au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Pour ces opérations, Emoa Mutuelle du Var ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture de frais de santé, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

Des garanties peuvent également être proposées par Emoa Mutuelle du Var, agissant en tant qu'intermédiaire mutualiste, sur la base d'une convention d'assurance collective à adhésion obligatoire en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, ou bien sur la base de contrats collectifs à adhésion facultative. Le détail de ces garanties fait l'objet d'une information spécifique de l'adhérent lorsqu'il en bénéficie.

Les garanties proposées par Emoa Mutuelle du Var et objet du présent règlement, sont des garanties relatives au remboursement de frais de santé, telles que définies sur le document remis à l'adhérent lors de son adhésion et des modifications qui lui ont été notifiées, décidées par l'Assemblée générale ou par délégation donnée au Conseil d'administration.

2. Contrats responsables

Conformément à la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, à l'article L162-5-3 et l'article L187-1 du code de la Sécurité sociale, les garanties de Emoa Mutuelle du Var répondent aux exigences du contrat responsable.

Emoa Mutuelle du Var encourage, par ailleurs, au respect du parcours de soins coordonné institué par la loi.

A ce titre, ne seront notamment pas prises en charge les pénalités encourues par les assurés sociaux en cas de non respect du parcours de soins coordonné, en cas de refus par l'assuré social d'accéder à son dossier médical personnalisé, les dépassements d'honoraires perçus par les praticiens consultés hors parcours de soins coordonné (à l'exception des situations permises par la loi).

Les franchises sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports, créées par l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008 (JO du 21.12.07), sont exclues de la prise en charge par Emoa Mutuelle du Var.

Pour être dit « responsables », les contrats de frais de santé doivent prévoir :

1/ la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés, en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la Sécurité sociale pour 2012, à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles, et toujours dans le respect du parcours de soins.

2/ la prise en charge de deux prestations de prévention, sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 (à effet du 1^{er} juillet 2006 articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale) :

1. *Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures : Sous réserve que l'acte soit effectué sur les première 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.*
2. *Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival. Effectué en deux séances maximum.*
3. *Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit : à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.*
4. *Dépistage de l'hépatite B.*
5. *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 :*
 - a) *Audiométrie tonale ou vocale ;*
 - b) *Audiométrie tonale avec tympanométrie ;*
 - c) *Audiométrie vocale dans le bruit ;*
 - d) *Audiométrie tonale et vocale ;*
 - e) *Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.*
6. *L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.*
7. *Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :*
 - a) *Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;*
 - b) *Coqueluche : avant 14 ans ;*
 - c) *Hépatite B : avant 14 ans ;*

- d) BCG : avant 6 ans ;
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) Haemophilus influenzae B ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Emoa Mutuelle du Var a décidé, dans l'intérêt de ses adhérents, d'aller au-delà de l'obligation légale et prendra en charge l'ensemble des prestations de prévention, listées ci-dessus, dans la limite de prise en charge de la garantie choisie.

3. Adhésion

3.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

La garantie frais de santé est un contrat à durée annuelle. Il est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire fixée au 1^{er} janvier de chaque année.

3.2 Formalités d'adhésion

L'adhésion à Emoa Mutuelle du Var résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. L'ensemble des bénéficiaires doit souscrire à la même garantie et au même niveau. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement.

3.3 Pièces à fournir à l'adhésion

En complément du bulletin d'adhésion doivent obligatoirement être jointes les pièces suivantes :

- Copie d'attestation du régime obligatoire pour chaque personne mentionnée au bulletin d'adhésion.
- Relevé d'identité bancaire ou postal pour le remboursement des prestations et le prélèvement automatique des cotisations,
- Autorisation de prélèvement (ou un mandat de prélèvement SEPA), dans le cadre du prélèvement automatique,
- Certificat de radiation (si mutation),
- Chèque ou carte bancaire de règlement de la première cotisation, correspondant à la 1^{ère} échéance.

3.4 Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend toujours effet le 1^{er} jour d'un mois. L'adhésion prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est reçu par Emoa Mutuelle du Var entre le 1^{er} et le 15 du mois.

Si le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois en cours, l'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois suivant.

Ces dispositions concernent l'adhérent et ses ayants droit.

En cas d'adhésion à la suite de la résiliation datant de moins de deux mois à un autre organisme complémentaire santé, la date d'effet de l'adhésion à Emoa Mutuelle du Var est le premier jour du mois suivant immédiatement la date d'effet de la résiliation.

3.5 Délai de carence

Pour tous les niveaux, les délais de carences appliqués sont les suivants :

- 12 mois pour l'hospitalisation spécialisée,
- 3 mois en hospitalisation médicale et chirurgicale (sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident s'il survient après la date de souscription de l'adhésion)
- 6 mois en optique
- 6 mois en dentaire (prothèses dentaires, implants dentaires)

L'adhérent bénéficiant précédemment de garanties similaires et de même niveau n'a pas de délai de carence appliqués.

3.6 Limite d'âge à l'adhésion

L'âge minimum des membres participants à la date d'adhésion est de 55 ans. Il n'y a pas de limite d'âge pour les niveaux 1 et 2. La limite d'âge à l'adhésion est de 80 ans pour les niveaux 3, 4 et 5. L'âge retenu, pour le calcul de la cotisation, sera celui des membres participants bénéficiaires. L'âge se calcule toujours par différence de millésime entre l'année de souscription et l'année de naissance.

4. Modification des garanties

4.1 Changement de niveau de garanties

Le membre participant peut demander à changer le niveau de garantie des bénéficiaires au 1^{er} janvier de chaque année, dès lors qu'il en a formulé la demande avant cette date. Dans le cas d'une adhésion de moins de douze mois non soumise à des délais de carence, conformément à l'article 3.5, le changement de garanties se fait sans délai de carence.

Dans le cas d'une adhésion de moins de douze mois soumise à des délais de carence, conformément à l'article 3.5, le changement de garanties entraîne la reconduction de nouveaux délais de carence.

Dans le cas d'une adhésion de plus de douze mois, non soumise à des délais de carence conformément à l'article 3.5, le changement de garanties se fait sans délai de carence. La limite d'âge est de 80 ans pour les niveaux 3, 4 et 5. La modification de garanties donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion.

4.2 Modification des prestations à l'initiative de Emoa Mutuelle du Var

Le montant des prestations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L 114-10 et L 114-11 du Code de la mutualité. Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

5. Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf pour les soins effectués à une date antérieure à la date d'effet de la résiliation. Quel que soit le motif de la résiliation, l'adhérent est tenu de restituer toutes cartes adhérents en sa possession si la date de fin de garantie mentionnée sur les cartes est postérieure à la date d'effet de la résiliation. En cas d'utilisation d'une carte postérieurement à la résiliation, Emoa Mutuelle du Var engagera une procédure de recouvrement des prestations indûment réglées, à l'encontre de l'adhérent.

6. Résiliation

L'adhésion au présent règlement est viagère. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions suivantes :

6.1 : Résiliation à l'initiative du membre participant

• Faculté de résiliation annuelle

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la fin de l'année civile. Si l'avis d'échéance n'est pas parvenu à l'adhérent au moins 15 jours avant ce délai de deux mois, l'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion sur son avis d'échéance de cotisation, conformément aux dispositions de la Loi Châtel n°2005-67 du 28 janvier 2005.

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat en envoyant par lettre recommandée la demande à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La date d'effet de la résiliation est le 31 décembre de l'année en cours.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile. Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la mutuelle les cartes adhérents en sa possession.

• Faculté de résiliation exceptionnelle

En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si un membre participant apporte la preuve qu'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou, qu'une convention collective, impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite. La demande écrite doit obligatoirement être accompagnée d'un justificatif attestant de l'accord conclu et des noms et prénoms des bénéficiaires concernés par cette adhésion obligatoire. Cette résiliation entraînera la radiation du membre participant et éventuellement de ses ayants droit, et le trop perçu des cotisations lui sera remboursé par Emoa Mutuelle du Var, après restitution des cartes adhérents en sa possession.

En application de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou lorsque le membre participant a souscrit une garantie spécifiquement en considération de sa situation de domicile, matrimoniale ou professionnelle, et que cette situation entraîne une modification tarifaire.

La fin d'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.

Emao Mutuelle du Var doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Cependant, si un ayant droit majeur conserve le contrat, Emao Mutuelle du Var maintient la part de cotisation trop perçue au crédit de ce nouveau contrat.

Le remboursement des sommes visées est soumis à l'obligation préalable de restituer les cartes d'adhérents délivrées par la mutuelle.

En cas de décès, la résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de l'avis de décès.

En cas de décès d'un membre participant, la copie de l'acte de décès doit être transmise à Emao Mutuelle du Var pour que la radiation puisse être prise en compte.

Le remboursement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru s'effectuera sur demande écrite formulée par la ou les personne(s) ayant qualité à agir.

En cas de décès d'un ayant droit, la copie de l'acte de décès doit être transmise à Emao Mutuelle du Var pour que la radiation puisse être prise en compte.

6.2 : Résiliation à l'initiative de Emao Mutuelle du Var

Emao Mutuelle du Var peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 8.4 et 8.5 du présent règlement. Emao Mutuelle du Var engagera une procédure de recouvrements des cotisations non payées.

6.3 : Informations préalables en cas de souscription du contrat à distance

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité relatif à la fourniture à distance d'opérations d'assurance, le membre participant bénéficie d'un délai de 14 jours à compter de la réception des conditions contractuelles, pour exercer son droit de renonciation sans motif, ni pénalité.

Le membre participant exerce cette faculté par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à Emao Mutuelle du Var – 285 rue de la Cauquière – BP 117 – 83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES.

La lettre de renonciation peut être rédigée ainsi :

« Je soussigné(e)..... (nom et prénom), demeurant.... (adresse), déclare renoncer au contrat de santé n° (n° inscrit sur le bulletin d'adhésion)....souscrit sur le site internet de Emao Mutuelle du Var le... (date inscrite sur le bulletin d'adhésion) » + signature du membre participant. »

Le droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à la date de réception de la lettre recommandée.

Le remboursement des primes versées met fin à l'ensemble des garanties. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à Emao Mutuelle du Var si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

7. Exclusion

Dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité peut être exclu de Emao Mutuelle du Var le membre participant dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à Emao Mutuelle du Var et qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

L'exclusion entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la date d'exclusion. En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, Emao Mutuelle du Var procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L 221-17 du Code de la mutualité.

8. Cotisations

8.1 Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée générale de Emao Mutuelle du Var ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Le montant des cotisations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L 114-10 et L 114-11 du Code de la mutualité. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

8.2 Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont calculées selon délibération de l'assemblée générale ou du conseil d'administration dûment mandaté en fonction :

- de l'âge des bénéficiaires, calculé par différence de millésime à l'adhésion et lors de l'année en cours,
- du régime obligatoire d'affiliation,
- du lieu de résidence,
- du niveau de garantie.

L'évolution par âge se fait annuellement à partir de 55 ans. La cotisation intégrera toutes les taxes et contributions que Emao Mutuelle du Var doit acquitter et qui sont en vigueur au moment de l'appel de cotisation.

8.3 Exonération des cotisations

Certains adhérents de Emoa Mutuelle du Var peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs cotisations au titre de la Couverture Maladie Universelle complémentaire, ou d'une prise en charge au titre de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé au sens de l'article L 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Ces avantages sont accordés sur présentation de l'attestation fournie par la Caisse d'Assurance Maladie au membre participant, et selon les dispositions de la législation et réglementation en vigueur. Le financement de ces prises en charge est perçu directement par Emoa Mutuelle du Var.

Un droit d'adhésion ou des frais de dossier peuvent être demandés par Emoa Mutuelle du Var, s'ils sont prévus sur le bulletin d'adhésion.

8.4 Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est dû pour l'année civile dès la prise d'effet de la garantie. La cotisation doit être réglée au début de chaque période.

L'absence de règlement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie, et éventuellement sa résiliation conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité.

En cas de non paiement de la cotisation, Emoa Mutuelle du Var peut prévoir des majorations de retard fixées par le Conseil d'administration.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être mensuelle, trimestrielle ou semestrielle si le règlement est effectué par prélèvement automatique. Si le règlement est effectué par chèque, ou par un autre moyen de paiement admis par Emoa Mutuelle du Var, la périodicité du paiement ne peut être que semestrielle ou annuelle.

• En cas de choix du prélèvement automatique

Le membre participant devra transmettre à Emoa Mutuelle du Var une autorisation de prélèvement bancaire (ou un mandat de prélèvement SEPA) accompagné(e) d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

Emoa Mutuelle du Var prélèvera la cotisation incombant au membre participant selon la périodicité et la date de prélèvement choisies sur le bulletin d'adhésion.

En cas d'incidents de paiement répétés (2 rejets consécutifs de prélèvement), Emoa Mutuelle du Var supprime le prélèvement jusqu'à la fin de l'année. La cotisation est alors réglée trimestriellement. Des frais de rejet peuvent être imputés à l'adhérent par Emoa Mutuelle du Var, dans la limite de 5 € par rejet.

Lorsque le prélèvement est rejeté une première fois pour les motifs suivants : compte soldé, opposition, tirage contesté ou destinataire non reconnu, le prélèvement est également suspendu et la cotisation est appelée au trimestre, le temps que l'adhérent rétablisse sa situation (ordre donné à sa banque de lever l'opposition, envoi de nouvelles coordonnées bancaires).

Le membre participant réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devra en faire la demande par écrit.

• En cas de choix du paiement par chèque

Le paiement de la cotisation par chèque doit être effectué au plus tard au 1er jour de la période semestrielle ou annuelle, de manière à délivrer la carte de tiers payant en temps utile.

• En cas de choix du paiement par carte bancaire

Le paiement par carte bancaire est possible, dans nos agences ou par Internet.

Le paiement de la cotisation doit être effectué au 1er jour de la période, semestrielle ou annuelle.

8.5 Non paiement des cotisations

L'absence de règlement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie, et éventuellement sa résiliation, conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité.

En cas de non paiement de la cotisation, Emoa Mutuelle du Var peut prévoir des majorations de retard fixées par le Conseil d'administration.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, Emoa Mutuelle du Var exigera le remboursement des prestations versées après la résiliation des garanties pour non paiement des cotisations.

9 - Garanties frais de santé

9.1 : Définition des garanties

Les garanties « frais de santé » 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 les régimes obligatoires d'assurance maladie. Il peut s'agir de prestations forfaitaires espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par le régime obligatoire. Ces prestations sont précisées pour chacune des garanties dans le descriptif figurant en annexe au présent règlement.

9.2 : Ouverture du droit aux prestations

Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par Emoa Mutuelle du Var est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire. Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements engagés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations ne sont pas remboursés par la mutuelle.

9.3 : Modalités de règlement

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou celui de ses ayants droit. Dans le cadre des accords de dispense d'avance de frais (tiers payant), ce règlement s'effectuera soit sur le compte du professionnel de santé ou de celui de l'organisme qu'il aura mandaté.

Dans le cadre de relations directes avec les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie, ce règlement s'effectuera sur le compte desdits organismes (avance RO, MSA, CMU...).

Le règlement des prestations s'effectue :

• soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- Les décomptes originaux, délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie (sauf si ceux-ci indiquent que le double a été transmis automatiquement à la Mutuelle ou à un autre organisme assureur).
- Les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, ou par les praticiens.
- Les originaux des avis de sommes à payer émis par les hôpitaux, obligatoirement accompagnés des attestations de paiement.
- Les originaux des factures acquittées accompagnés du bulletin de situation émis par les cliniques.
- Les originaux des attestations de cure et factures d'hébergement.
- Les photocopies des notifications du régime obligatoire d'assurance maladie concernant les refus de prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés.
- Les originaux des factures pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

• soit par réception de fichiers informatisés

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date des soins, prise en considération pour le remboursement des prestations par Emoa Mutuelle du Var, est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie. Pour les actes non remboursés par les régimes obligatoires, la date prise en compte est la date de la facture.

9.4 : Assiette

Les prestations sont assises sur la valeur du tarif de base fixé par les régimes obligatoires d'assurance maladie et selon la nomenclature des actes (N.G.A.P. et C.C.A.M) en vigueur ou sur des montants forfaitaires selon le détail figurant pour chacune des garanties dans les descriptifs annexés au présent règlement, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe.

Si les taux ou bases de remboursement du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, Emoa Mutuelle du Var se réserve le droit de conserver la valeur absolue du remboursement complémentaire en vigueur avant la modification.

Dans le cas où les soins imprévus ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la valeur du tarif de base fixé par les régimes obligatoires d'assurance maladie français.

9.5 : Limites

Toutes les prestations sont limitées aux frais réels engagés, tous organismes de couverture complémentaire intervenant confondus, et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers, par Emoa Mutuelle du Var. Le montant, la durée ou la fréquence d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties dans le descriptif figurant en annexe au présent règlement.

Les garanties de même nature que celles prévues par Emoa Mutuelle du Var contractées auprès d'un autre organisme assureur 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.

9.6 : Risques exclus

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- Les séjours en maison d'enfants à caractère social, les maisons de retraite, y compris hébergement temporaire et placement à l'année, les longs séjours, ainsi que les soins reçus sans prescription médicale.
- Les dépenses de santé résultant d'une cause non directement liée à une maladie ou à un accident, sauf si prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.
- Dans le cadre des contrats responsables définis par la loi du 13 août 2004 et décrets d'application subséquents :

- La participation forfaitaire définie à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elle est appliquée.
- Les dépassements d'honoraires pris en application du 18ème alinéa de l'article L.162-5 à hauteur du montant du dépassement autorisé pour les praticiens conventionnés à tarifs opposables, dans le cadre des dispositifs conventionnels en vigueur.
- La minoration du remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, d'absence de choix d'un médecin traitant, ou de consultation d'un autre médecin, sans prescription du médecin traitant, prévue aux articles L.161-36-2, L.163-5-3 du code de la Sécurité sociale.

9.7 : Dispositions propres à certaines prestations

• **Forfait hospitalier**

La durée de prise en charge du forfait hospitalier est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

• **Chambre particulière**

Les frais de chambre particulière sont remboursés dans la limite du nombre de jour d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et en fonction des plafonds prévus pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

Les suppléments pour chambre particulière facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas au minimum une nuit, ne seront pas pris en charge par Emoa Mutuelle du Var hors conventions spécifiques.

• **Frais d'accompagnant**

Sont pris en charge les factures de lit accompagnant et repas servis à l'hôpital ou en clinique.

La nature des séjours ouvrant droits au bénéfice d'accompagnants est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

• **Crédits annuels, forfaits annuels, plafonds annuels**

La référence annuelle est basée sur l'année civile par bénéficiaire et dans la limite des frais engagés.

• **Orthodontie**

Si orthodontie acceptée par le régime obligatoire d'assurance maladie :

Le paiement des forfaits pour les soins d'orthodontie s'effectue à la date des soins prise en compte par le régime obligatoire d'assurance maladie qui est la date de facturation de fin de semestre :

- Si la télétransmission entre Emoa Mutuelle du Var et le régime obligatoire fonctionne, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée.
- Si la télétransmission entre Emoa Mutuelle du Var et le régime obligatoire ne fonctionne pas, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée et le décompte du régime obligatoire d'assurance maladie.
- Si orthodontie refusée par le régime obligatoire d'assurance maladie :

Le paiement des forfaits pour les soins d'orthodontie s'effectue à la date de facturation de fin de semestre sur présentation d'une facture originale acquittée précisant la date de début et de fin de semestre.

• **Frais d'optique**

Le règlement des prestations s'effectue sur présentation des originaux des factures d'optique. Le paiement des forfaits optiques s'effectue sous réserve d'une prise en charge du régime obligatoire d'assurance maladie.

- Si la télétransmission entre le régime obligatoire et Emoa Mutuelle du Var fonctionne, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée.
- Si la télétransmission entre le régime obligatoire et Emoa Mutuelle du Var ne fonctionne pas, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée et le décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie.
- Le paiement des forfaits pour l'achat de lentilles non remboursées par le régime obligatoire d'assurance maladie, est réglé sur présentation d'une facture originale acquittée accompagnée d'une prescription médicale (ordonnance en cours de validité et de moins de 12 mois).

9.8 Prestations plafonnées

- L'hospitalisation spécialisée comprend des hospitalisations en établissement psychiatrique, de convalescence, maison de repos, de diététique, maison d'enfant à caractère sanitaire, centre agréé de rééducation fonctionnelle (placement en maison de retraite et long séjour exclus)
- Visites-consultations psychiatres et neuropsychiatres : limite à six consultations ou visites
- Ostéodensitométrie osseuse : par bénéficiaire à raison d'une fois tous les trois ans et dans la limite des frais engagés.

La référence annuelle des forfaits et plafonds est basée sur l'année civile par bénéficiaire et dans la limite des frais engagés.

9.9 : Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, les adhérents peuvent être dispensés de l'avance des frais engagés par le membre participant ou le cas échéant par ses ayants droit, sur présentation de leur carte adhérent, dès lors qu'une convention de tiers payant a été signée par Emoa Mutuelle du Var avec les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les fournisseurs de matériels médicaux.

Cette dispense est limitée au niveau de couverture de la garantie souscrite et à la fraction de dépense imputable à l'assurance maladie complémentaire.

Toute prestation indûment réglée fera l'objet d'une demande de remboursement auprès de l'adhérent concerné.

A défaut de régularisation, Emoa Mutuelle du Var engagera à son encontre une procédure contentieuse de recouvrement.

En cas d'hospitalisation, la dispense d'avance de frais ne s'applique pas aux dépenses supplémentaires (T.V. ...) ainsi qu'aux dépassements d'honoraires.

Pour bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit solliciter auprès de Emoa Mutuelle du Var une demande de prise en charge pour l'ensemble des établissements, à l'exclusion de ceux ayant conclu une convention avec Emoa Mutuelle du Var.

10. Forclusion

Conformément à l'article L 332-1 du Code de la Sécurité sociale, pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à Emoa Mutuelle du Var dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

Par ailleurs, les réclamations afférentes aux règlements des prestations sont à présenter dans les six mois à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

11. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où Emoa Mutuelle du Var en a eu connaissance. En cas de réalisation du risque, ce délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si la réclamation porte sur des prestations accordées ou refusées, le délai commence à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

12. Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, Emoa Mutuelle du Var est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, lesquelles constituent une avance sur indemnités de la part de Emoa Mutuelle du Var cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Afin de permettre à Emoa Mutuelle du Var de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droits s'engagent à déclarer à Emoa Mutuelle du Var tout accident impliquant des tiers dont il est victime. Emoa Mutuelle du Var intervient pour tous les actes non exclus à l'article 9.6 consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun, du travail, sportif, ou de vie privée. A cet effet, l'adhérent doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

L'adhérent couvert pour le même risque, par une autre mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer Emoa Mutuelle du Var.

Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que l'assuré puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

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

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à Emoa Mutuelle du Var, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

L'adhérent doit également informer Emoa Mutuelle du Var de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à Emoa Mutuelle du Var qu'autant que cette dernière aura donné son accord. En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité, ne peut être imputée à un tiers, Emoa Mutuelle du Var n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'une compagnie d'assurances.

13. Emoa Assistance à domicile

Tous les adhérents à la garantie frais de santé Gamme Vital'Emoa bénéficient de l'assistance à domicile. Les prestations sont définies dans la notice technique remise à l'adhésion.

14. Pass+ Emoa

Tous les adhérents de moins de 71 ans bénéficient de cette garantie. Les prestations sont définies dans la notice d'information remise à l'adhésion.

15. Commission d'Action Mutualiste

L'adhésion au présent règlement offre aux membres participants la possibilité de bénéficier du fonds social de Emoa Mutuelle du Var sous réserve d'être titulaire d'un contrat de santé depuis plus de trois ans.

Les membres participants peuvent demander une aide financière exceptionnelle, une seule fois, à la *Commission d'Action Mutualiste* de Emoa Mutuelle du Var :

- soit pour une prestation non prise en charge, sur présentation de la facture,
- soit dans le cas où ils se trouvent dans des conditions sociales difficiles.

La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

16. Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de Emoa Mutuelle du Var et des organismes ou unions auxquelles elle adhère. 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 mandant.

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 compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de Emoa Mutuelle du Var ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Emoa Mutuelle du Var, à l'adresse de son siège social.

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans le but de prospections commerciales, en adressant à Emoa Mutuelle du Var un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

17. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

Conformément au code de la mutualité, Emoa Mutuelle du Var est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR - 61, rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 09.

18. Réclamations et médiations

Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser au service relations adhérents au siège administratif de Emoa Mutuelle du Var.

Emoa Mutuelle du Var
Service relations adhérents
285, rue de la Cauquière – BP 117
83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, le membre participant peut demander l'avis du médiateur de Emoa Mutuelle du Var.

Ce dernier peut être saisi par courrier adressé au siège administratif de Emoa Mutuelle du Var, service du médiateur – secrétariat de la présidence.

19. Travailleurs non salariés (TNS)

Tout adhérent à une garantie frais de santé ayant le statut de travailleur non salarié indépendant ou profession libérale, et souhaitant bénéficier de la Loi Madelin, adhère à :

L'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI)
125, Avenue de Paris 92327 CHATILLON CEDEX.

	VITAL'EMOA 1	VITAL'EMOA 2	VITAL'EMOA 3	VITAL'EMOA 4	VITAL'EMOA 5
HOSPITALISATION					
Médicale et chirurgicale	La franchise de 18 € est prise en charge dans toutes les garanties				
Frais de séjour	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
Honoraires	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
Forfait journalier illimité ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais accompagnant (limités à 15 jours) ⁽²⁾	-	20 €	20 €	20 €	20 €
Frais de télévision (limités à 90 jours, spécialisée comprise) ⁽⁷⁾	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Frais de transport (ambulance, VSL)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Spécialisée - par année civile et par bénéficiaire ⁽³⁾	-	60 jours	60 jours	60 jours	60 jours
Frais de séjour	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier	-	100 %	100 %	100 %	100 %
CHAMBRE PARTICULIÈRE					
Médicale, chirurgicale, spécialisée (limitée à 90 jours dont 60 jours en spécialisée et 30 jours en psychiatrie par année civile et par bénéficiaire)	-	25 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
HOSPITALISATION À DOMICILE					
	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
FRAIS MÉDICAUX					
Visites - Consultations	100 %	125 %	150 %	175 %	250 %
Visites - Consultations psychiatres et neuro-psychiatres ⁽⁴⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	250 %
Actes techniques médicaux (hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %
Radiologie et actes techniques d'imagerie	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %
Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %
PHARMACIE					
Vignette blanche	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vignette bleue	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vignette orange	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE ⁽⁵⁾					
Monture et verres (limité à un équipement par an et par bénéficiaire), lentilles acceptées, refusées ou jetables, chirurgie corrective des yeux, loupe, chirurgie réfractive	50 €	100 €	150 €	200 €	300 €
Si le forfait optique est non utilisé la 1 ^{re} année, attribution d'un bonus la 2 ^e année	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Verres multifocaux et progressifs	-	-	50 €	50 €	50 €
DENTAIRE					
Soins - Actes en D - Stomatologie - Chirurgie dentaire	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses acceptées par le régime obligatoire	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
(plafond par an et par bénéficiaire)	300 €	300 €	500 €	700 €	1 000 €
Implant dentaire ou prothèses refusées par le régime obligatoire (plafond par an et par bénéficiaire)	-	100 €	150 €	200 €	300 €
ACOUSTIQUE ET ORTHOPÉDIE					
Accessoires, orthopédie, petit et grand appareillage, bas de contention, prothèses capillaires	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
(plafond par an et par bénéficiaire)	300 €	500 €	700 €	900 €	1 100 €
Audioprothèse acceptée par le régime obligatoire	70 €	100 €	200 €	300 €	500 €
(plafond par an et par bénéficiaire)					
PRÉVENTION					
7 actes pris en charge ⁽⁶⁾	oui	oui	oui	oui	oui
Vaccin anti-grippe	oui	oui	oui	oui	oui
LES + BIEN-ÊTRE					
Cures thermales (forfait par an et par bénéficiaire)	-	70 €	150 €	200 €	300 €
Chiropractie - Ostéopathie - Podologue - Pédicure - Diététique - Veinotoniques	-	40 €	75 €	100 €	125 €
(forfait par an et par bénéficiaire limité à 50 % des frais réels)					
Pass+ Emoa (jusqu'à 70 ans inclus)	oui	oui	oui	oui	oui
Emoa Assistance à domicile	oui	oui	oui	oui	oui

(1) 100 % du tarif en vigueur au 1er janvier de l'année en cours et dans la limite des frais engagés

(2) Uniquement factures de lit accompagnant et repas servis à l'hôpital ou en clinique

(3) L'hospitalisation spécialisée comprend des hospitalisations en établissement de convalescence, maison de repos, de diététique et psychiatrique limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.

(4) Limité à 6 consultations ou visites par an et par bénéficiaire

(5) Optique : un équipement, soit une monture et deux verres

(6) Liste des actes fixés par l'arrêté du 8 juin 2006

(7) Par an et par bénéficiaire

Les forfaits sont annuels, par bénéficiaire et dans la limite des frais engagés / L'âge se calcule toujours par différence entre l'année de souscription et l'année de naissance / Les prestations s'entendent en pourcentage des tarifs de convention ou des tarifs de responsabilités, RO compris dans la limite des frais engagés.

Âge de souscription : à partir de 55 ans.

Âge limite de souscription :

- Pas de limite pour les niveaux 1 et 2

- Limité à 80 ans pour les niveaux 3 à 5