

emoa.

Mutuelle du Var



Règlement des garanties
principales « Frais de santé »
et optionnelles « Indemnités
Journalières Hospitalières »

TNS EMOA

SOMMAIRE

1. OBJET DU REGLEMENT DES GARANTIES	3
2. REGLEMENTATION APPLICABLE	3
3. ADHESION	3
3.1 Formalités d'adhésion	3
3.2 Personnes couvertes par le contrat	3
3.3 Pièces à fournir à l'adhésion	3
3.4 Date d'effet et durée de l'adhésion	4
3.5 Ajustement des conditions d'adhésion	4
4. DATE D'EFFET DES GARANTIES ET DUREE NORMALE DES GARANTIES	4
5. MODIFICATION DES GARANTIES ET COTISATIONS CORRESPONDANTES	4
5.1 Changement de niveau de garantie à l'initiative de l'adhérent	4
5.2 Modification des garanties à l'initiative d'EMOA Mutuelle	4
6. CESSATION DES GARANTIES	4
7. RESILIATION DE L'ADHESION OU RADIATION D'UN AYANT DROIT	4
7.1 Résiliation ou radiation d'un ayant droit à l'initiative de l'adhérent	4
7.2 Résiliation ou radiation à l'initiative d'EMOA Mutuelle	5
8. FAUSSE DECLARATION OU RETICENCE INTENTIONNELLE, NULLITE ET EXCLUSION	6
9. COTISATIONS	6
9.1 Fixation et évolution des cotisations	6
9.2 Structure et calcul des cotisations	6
9.3 Paiement des cotisations	6
9.4 Non-paiement des cotisations	7
10. GARANTIES PRINCIPALES « FRAIS DE SANTE » (MODULE OBLIGATOIRE ET MODULE CONFORT FACULTATIF)	7
10.1 Définition des garanties « frais de santé »	7
10.2 Ouverture du droit aux prestations	7
10.3 Modalités de règlement des prestations	7
10.4 Formalités préalables	7
10.5 Assiette	8
10.6 Limites	8
10.7 Risques exclus	8
10.8 Dispositions propres à certaines prestations	8
10.9 Tiers payant	11
11. GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALIERES »	12
11.1 Définition de la garantie optionnelle « indemnités journalières hospitalières »	12
11.2 Ouverture du droit aux prestations	12
11.3 Modalités de règlement des prestations	12
11.4 Formalités préalables	12
11.5 Limites	12
11.6 Risques exclus	12
12. FORCLUSION	12
13. PRESCRIPTION	13
14. SUBROGATION ET PLURALITE D'ASSURANCES	13
15. EMOA ASSISTANCE A DOMICILE	13
16. COMMISSION D'ACTION MUTUALISTE	133
17. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	14
18. AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION (ACPR)	14
19. RECLAMATIONS ET MEDIATIONS	14
20. ASSOCIATION NATIONALE DE PREVOYANCE DES PROFESSIONS INDEPENDANTES	14

1. Objet du règlement des garanties

Les dispositions du présent règlement des garanties déterminent les conditions dans lesquelles EMOA Mutuelle du Var couvre directement des risques « santé » au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, dans le cadre d'opérations individuelles, ainsi que les droits et obligations réciproques des parties au Contrat, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.114-1 du Code de la mutualité.

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 sur la base de contrats collectifs à adhésion facultative. Le cas échéant, le détail de ces garanties fait l'objet d'une information spécifique de l'adhérent.

2. Réglementation applicable

Le Contrat est soumis à la législation française et notamment au Code de la mutualité.

EMOA Mutuelle du Var a fait le choix d'un contrat solidaire et responsable au sens des articles L.871-1 du Code de la sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

Le contrat est « solidaire » en ce que l'affiliation des bénéficiaires n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.

Le contrat est « responsable » en ce qu'il respecte les limites d'exclusion ainsi que les obligations de prises en charge minimales et maximales définies dans les articles susvisés du Code de la sécurité sociale.

Le Contrat est par ailleurs éligible au dispositif de la Loi Madelin.

3. Adhésion

Le Contrat s'adresse aux Travailleurs Non-Salariés (TNS), artisans et commerçants soumis à l'impôt sur le bénéfice industriel et commercial (BIC), professions libérales soumises à l'impôt sur le bénéfice non commercial (BNC) affiliés au régime obligatoire maladie et vieillesse des TNS (non agricoles), aux gérants majoritaires non-salariés de sociétés, associés de sociétés de personnes, associés uniques d'EURL relevant de l'article 62 du CGI et auto-entrepreneurs.

3.1 Formalités d'adhésion

Seuls les Travailleurs Non-Salariés susvisés peuvent adhérer au présent Contrat. Pour ce faire, ils doivent obligatoirement remplir les deux conditions suivantes :

- avoir une activité non salariée à la signature du contrat, et
- être à jour du versement des cotisations aux régimes obligatoires d'Assurance Maladie et d'Assurance vieillesse.

L'adhésion à EMOA Mutuelle du Var résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion précisant les garanties choisies. L'adhérent doit souscrire, au choix, l'un des cinq niveaux de garanties du module obligatoire « frais de santé ». Il peut, en outre, faire le choix de renforcer ses prestations en souscrivant un module confort facultatif.

L'adhérent de moins de 65 ans résidant en France continentale peut également, quel que soit le niveau de garanties du module obligatoire et du module confort facultatif souscrit, opter pour une garantie optionnelle « indemnités journalières hospitalières ». Il peut alors de nouveau librement choisir entre deux niveaux de garantie.

Les niveaux de garanties choisis par l'adhérent s'imposent et s'appliquent à toutes les personnes couvertes par le Contrat.

3.2 Personnes couvertes par le contrat

Les bénéficiaires des garanties principales « frais de santé » (module obligatoire et module confort facultatif) sont l'adhérent membre participant ainsi que ses ayants droit désignés au bulletin d'adhésion, qui peuvent être :

- son conjoint,
- son concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
- ses enfants à charge célibataires :
 - ayant la qualité d'ayant droit social de l'adhérent ou du conjoint inscrit sur le contrat,
 - âgés de plus de 18 ans, ayant la qualité d'assuré social affilié à un régime obligatoire et justifiant de la poursuite d'études (certificat de scolarité)
 - âgés de moins de 25 ans bénéficiant de la Sécurité sociale en tant qu'apprentis et ayant une rémunération inférieure à 55% du SMIC,
 - âgés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite des études et sont affiliés au régime obligatoire,
 - âgés de moins de 25 ans et atteints d'une infirmité titulaire de la carte d'invalidité et à la charge de l'adhérent ou de son conjoint, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail rémunéré et vivant au foyer familial.

Les personnes couvertes par la garantie optionnelle « indemnités journalières hospitalières » sont l'adhérent et son conjoint, concubin ou partenaire pacsé ayant le statut de conjoint collaborateur, à l'exclusion de tout autre ayant droit.

3.3 Pièces à fournir à l'adhésion

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

- Questionnaire d'étude personnalisée complété et signé,
- Une copie de tout document officiel pour justifier de l'identité membre participant (carte nationale d'identité ou titre de séjour, passeport, permis de conduire),
- Copie d'attestation du régime obligatoire en cours de validité 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,

- Mandat SEPA bancaire, dans le cadre du prélèvement automatique,
- Chèque ou carte bancaire de règlement de la première cotisation, correspondant à la 1ère échéance,
- Justificatif du statut de « Travailleur non salarié » : tout document pouvant justifier la qualité de Travailleur non salarié (extrait K-bis datant de moins de 3 mois pour les adhérents inscrits au registre du commerce et des sociétés, répertoire SIRENE, inscription à la chambre des métiers, feuille de soins barrée pour les professions libérales médicales, etc.)
- Pour les enfants majeurs étudiants de moins de 25 ans : certificat de scolarité (à fournir chaque année),
- Pour les enfants majeurs de moins de 25 ans en contrat d'apprentissage ou en formation en alternance, percevant moins de 55% du SMIC : copie du contrat d'apprentissage ou de la formation en alternance (à fournir chaque année),
- Pour les enfants majeurs de moins de 25 ans atteints d'une infirmité au sens des dispositions législatives ou réglementaires applicables aux personnes handicapées, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail rémunéré et vivant au foyer : tout document justificatif du handicap (à fournir chaque année).

3.4 Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion du membre participant prend effet à la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par EMOA Mutuelle du Var de l'ensemble des pièces prévues à l'article 3.3 ci-avant. L'adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1^{er} janvier. Toutefois, elle prend fin lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues à l'article 7 du présent règlement.

3.5 Ajustement des conditions d'adhésion

Si une décision législative ou réglementaire, une évolution des résultats techniques ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des conditions d'adhésion, EMOA Mutuelle du Var peut être conduite à les réviser. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à l'adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et/ou d'application immédiate. En cas de révision suite à une évolution des résultats techniques, la révision ne prendra effet qu'au renouvellement du contrat.

4. Date d'effet des garanties et durée normale des garanties

Les garanties souscrites prennent effet, en principe :

- pour l'adhérent et ses ayants droit concomitamment à la date de prise d'effet de l'adhésion.
- pour les ayants droit nés après la prise d'effet de l'adhésion, le lendemain du jour de leur naissance, sous réserve que l'acte de naissance soit présenté à EMOA Mutuelle du Var dans les trois mois suivant la naissance.

Toutefois, par exception, un délai de carence de 3 mois est appliqué pour l'attribution des indemnités journalières hospitalières, en cas d'hospitalisation liée à une maladie.

Les garanties sont souscrites pour une année civile et renouvelables par tacite reconduction.

5. Modification des garanties et cotisations correspondantes

5.1 Changement de niveau de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent peut solliciter un changement de niveau de garanties, à la hausse ou à la baisse (pour les garanties principales « frais de santé » et de la garantie optionnelle « Indemnités Journalières Hospitalières ») :

- à partir de douze mois suivant la date d'adhésion au Contrat ;
- tous les douze mois suivant le dernier changement de niveau de garanties.

La modification des garanties donne lieu à la signature d'un avenant au bulletin d'adhésion.

Les nouvelles garanties et cotisations correspondantes prennent effet à la date indiquée à l'avenant au bulletin d'adhésion. L'ensemble des bénéficiaires bénéficient du changement de niveau de garanties.

Par exception, l'adhérent ne peut plus solliciter un changement de niveau de la garantie « indemnités journalières hospitalières » à la hausse après avoir atteint l'âge de 65 ans.

5.2 Modification des garanties à l'initiative d'EMOA Mutuelle du Var

Les garanties peuvent être modifiées dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.114-10 et L.114-11 du Code de la mutualité. Les nouvelles garanties et cotisations correspondantes prennent alors effet à partir de leur notification aux membres participants.

6. Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation du Contrat ou de la radiation de l'ayant droit. Aucune prestation ne peut être servie après cette date d'effet, sauf pour les soins effectués à une date antérieure à cette date d'effet.

Quel que soit le motif de la résiliation, l'adhérent est tenu de restituer toute carte adhérent en sa possession dès lors que la date de fin de garantie mentionnée sur cette carte 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 mettra en œuvre à l'encontre de l'adhérent toutes voies de droit utiles pour obtenir la restitution des prestations indûment servies et la réparation de ses autres préjudices.

7. Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit

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

7.1 Résiliation ou radiation d'un ayant droit à l'initiative de l'adhérent

- **Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance**

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité relatif à la fourniture à distance d'opérations d'assurance, l'adhérent 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. L'adhérent exerce cette faculté par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à :

EMOA Mutuelle du Var – 285 rue de la Cauquière – CS 60117 – 83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX.

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 d'EMOA 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 EMOA 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.

• **Faculté de résiliation annuelle**

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut démissionner et mettre fin aux garanties ou supprimer un de ses ayants droit en envoyant à la mutuelle, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la demande 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 alors le 31 décembre de l'année en cours.

La résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, les garanties souscrites restent dues par EMOA Mutuelle du Var jusqu'à cette date. Dans tous les cas, l'adhérent s'engage à restituer à la mutuelle les cartes adhérents en sa possession.

• **Faculté de résiliation infra-annuelle**

Conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut résilier son adhésion, par courrier simple ou par courriel, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion, sans frais ni pénalités.

La résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.

En cas de trop-perçu de cotisations, le solde sera remboursé par la mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation. Dans tous les cas, l'adhérent s'engage à restituer à la mutuelle les cartes adhérents en sa possession.

• **Faculté de résiliation et demande de radiation d'un ayant droit exceptionnelles**

Le Contrat peut être résilié, en cours d'année, à la demande de l'adhérent et sous réserve de la production des justificatifs correspondants, dans les conditions posées par l'article L.221-17 du Code de la mutualité et lorsque l'adhérent :

- perd le statut de TNS explicité à l'article 3 du présent règlement,
- perd le bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire français,
- se voit attribuer la CSS,
- est contraint d'adhérer à un contrat collectif souscrit auprès d'un autre organisme,
- décède.

Par ailleurs, l'adhérent peut demander la radiation de son conjoint, concubin ou partenaire pacsé en cas de :

- divorce ou séparation,
- perte par ce dernier du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire français,
- attribution à ce dernier de la CSS,
- adhésion obligatoire de ce dernier à un contrat collectif souscrit auprès d'un autre organisme,
- décès de ce dernier.

En outre, l'adhérent peut demander la radiation d'un enfant en cas de :

- jugement d'émancipation ou perte de l'autorité parentale,
- mariage de l'enfant,
- décès de l'enfant,
- cessation d'une des conditions visées à l'article 3.2. pour bénéficier de la couverture de la Mutuelle du Var.

La résiliation du Contrat ou la radiation de l'ayant droit prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois suivant l'évènement, sauf en cas de décès. Dans ce dernier cas, la résiliation du Contrat ou la radiation de l'ayant droit prend effet le lendemain du décès.

EMOA Mutuelle du Var rembourse alors 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 ou radiation de l'ayant droit.

7.2 Résiliation ou radiation à l'initiative d'EMOA Mutuelle du Var

Le Contrat peut aussi être résilié en cours d'année par EMOA Mutuelle du Var ou celle-ci décider de la radiation d'un ayant droit :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9-3 et 9-4 du présent règlement, non régularisé malgré l'envoi d'une mise en demeure, conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- en cas de fausse déclaration ou réticence intentionnelle et/ou exclusion visée à l'article 8 du présent règlement ;
- en cas de déclaration inexacte ou omission non intentionnelle, conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité ;
- dans les cas listés ci-dessus, à l'article 7.1. du présent règlement, au paragraphe liée à la faculté de résiliation et à la demande de radiation d'un ayant droit exceptionnelles.

Les cotisations versées ne donnent droit à remboursement que dans les deux dernières séries de cas visées, pour la seule période postérieure à la résiliation ou radiation de l'ayant droit.

Pour permettre notamment l'exercice par EMOA Mutuelle du Var de son droit de résiliation ou radiation (et éventuellement l'adaptation des cotisations), doivent lui être signalés et justifiés, dans les trois mois qui suivent l'évènement, les changements suivants survenant dans la situation de l'adhérent ou de ses ayants droit :

- changement de situation personnelle ou familiale (notamment perte du bénéficiaire du régime d'assurance maladie obligatoire français, ouverture du droit à la CMU-C, adhésion obligatoire à un contrat collectif souscrit auprès d'un autre organisme, décès, mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, séparation, jugement d'émancipation ou perte de l'autorité parentale, nouvelle adresse, nouveau numéro de téléphone...),
- changement de situation scolaire, professionnelle ou départ à la retraite.

8. Fausse déclaration ou réticence intentionnelle, nullité et exclusion

En application de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées par EMOA Mutuelle du Var sont nulles et de nul effet en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par a été sans influence sur la réalisation du risque.

Le cas échéant, EMOA Mutuelle du Var peut procéder à l'exclusion immédiate et exiger le remboursement des prestations indument perçues.

Peut aussi être exclu d'EMOA Mutuelle du Var l'adhérent ou l'ayant droit qui aurait volontairement, par son comportement ou ses actes, porté atteinte aux intérêts d'EMOA Mutuelle du Var, dans les conditions prévues à l'article 12 des statuts. En cas d'exclusion, les cotisations acquittées demeurent acquises à la mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

9. Cotisations

9.1 Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées pour l'année civile mais peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée générale d'EMOA Mutuelle du Var ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Les cotisations modifiées s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

En cas d'affiliation d'au moins trois enfants à charge à la Mutuelle en qualité d'ayant droit, le troisième enfant et les suivants sont affiliés sans contrepartie de cotisation, tant qu'ils répondent à la définition des enfants à charge telle que mentionnée à l'article 3.2 du présent règlement.

9.2 Structure et calcul des cotisations

Les cotisations sont calculées pour chaque bénéficiaire de la garantie. Elles peuvent varier en fonction :

- du régime obligatoire d'affiliation,
- du nombre et de l'âge des adhérents ou ayants droit, calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance,
- des niveaux de garanties et module confort,
- du lieu de résidence.

La cotisation varie avec l'âge, à partir de 18 ans au 1^{er} janvier de chaque année.

La cotisation intègre toutes les taxes et contributions qu'EMOA Mutuelle du Var doit acquitter et qui sont en vigueur au moment de l'appel de cotisation. Les coûts relatifs aux garanties « EMOA assistance à domicile » (article 15) et « PASS+EMOA » (article 16) sont inclus dans le montant de la cotisation appelée.

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

9.3 Paiement des cotisations

L'adhérent s'engage au paiement des cotisations fixées en contrepartie des garanties souscrites, pour lui et ses ayants droit.

La cotisation est annuelle et payable d'avance, sauf fractionnement prévu au bulletin d'adhésion.

Les cotisations peuvent être payées au choix, par prélèvement automatique, chèque ou carte bancaire.

Le paiement de la cotisation doit toujours être effectué aux échéances fixées au bulletin d'adhésion. Il appartient à l'adhérent de s'en assurer.

- **En cas de choix du prélèvement automatique**

L'adhérent devra transmettre à EMOA Mutuelle du Var un mandat SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal au format IBAN. 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 de deux rejets de prélèvements automatiques consécutifs pour le motif « provision insuffisante », EMOA Mutuelle supprime le prélèvement jusqu'à la fin de l'année et est susceptible d'ouvrir une procédure contentieuse. La cotisation doit alors être réglée à l'échéance ou selon la périodicité décidée par EMOA Mutuelle du Var. 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 d'autres motifs que la provision insuffisante, 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).

L'adhérent réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant revenir sur cette modalité au profit d'un autre moyen de paiement devra en faire la demande par écrit.

- **En cas de choix du paiement par chèque**

Le chèque doit parvenir à la Mutuelle à temps pour permettre un encaissement à l'échéance prévue.

- **En cas de choix du paiement par carte bancaire**

Le paiement par carte bancaire est possible, dans les agences d'EMOA Mutuelle du Var ou par Internet.

9.4 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, nonobstant les frais de rejet évoqués ci-avant.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, EMOA Mutuelle du Var exige le remboursement des prestations versées au cours de la période de garantie correspondant aux cotisations impayées avant (ou après, en cas d'utilisation frauduleuse d'une carte adhérent) la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations, sur le fondement de l'enrichissement sans cause.

10. Garanties principales « frais de santé » (module obligatoire et module confort facultatif)

10.1 Définition des garanties « frais de santé »

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité d'assurer à l'adhérent 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 ou de prestations supplémentaires à celles versées par le régime obligatoire. Ces prestations sont précisées pour chacune des garanties dans le tableau des garanties joint au bulletin d'adhésion ou annexé au présent règlement.

10.2 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. Pour les soins d'orthodontie, en cas d'adhésion ou de radiation en cours de semestre, le remboursement sera proratisé sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

Un délai de carence de six mois est appliqué sur la prestation « prime de naissance » à compter de l'adhésion du membre participant.

10.3 Modalités de règlement des prestations

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, soit sur 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.

10.4 Formalités préalables

Le règlement des prestations s'effectue, sauf dispositions particulière contraires prévues à l'article 10.8. du présent règlement :

- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :
 - 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),
 - décomptes originaux délivrés par tout autre organisme complémentaire, détaillant le montant du remboursement complémentaire effectué par cet organisme, le cas échéant,
 - originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal ou par les praticiens,
 - originaux des avis de sommes à payer émis par les hôpitaux, obligatoirement accompagnés des attestations de paiement,
 - originaux des factures acquittées accompagnés du bulletin de situation émis par les cliniques,
 - originaux des attestations de cure et factures des frais d'hébergement et de transport,
 - photocopies des notifications du régime obligatoire d'assurance maladie concernant les refus de prise en charge des actes, ainsi que note d'honoraires codifiant les soins dispensés,
 - 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 par la Mutuelle.

Les originaux des factures acquittées ou de relevés de dépenses engagées par l'assuré ainsi que de toute pièce justificative des dépenses réelles et tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier doivent être datés, signés et porter mention des noms, prénoms de l'adhérent ou de l'ayant droit bénéficiaire des soins.

La Mutuelle verse ses prestations généralement :

- en cas de traitement automatique des remboursements, en moyenne dans les 48 heures suivant la télétransmission des décomptes par l'assurance maladie obligatoire ;
- en cas de traitement manuel des remboursements, en moyenne sous 7 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues ci-dessus (délai bancaire non compris).

10.5 Assiette

Les remboursements sont basés sur la valeur des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur, déduction faite du remboursement du régime obligatoire et des éventuels remboursements d'autres organismes complémentaires, le cas échéant.

EMOA Mutuelle du Var complète les remboursements ou verse les forfaits dans les proportions prévues au tableau des garanties.

L'indemnisation des soins, actes ou autres événements garantis ayant lieu à l'étranger est subordonnée au remboursement des prestations par le régime obligatoire français.

10.6 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.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, 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 assureur de son choix.

Le bénéficiaire doit faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au contrat.

Le montant, la durée ou la fréquence des actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties, comme prévu dans les descriptifs figurant au tableau des garanties.

10.7 Risques exclus

Sont exclus de l'ensemble des garanties principales « frais de santé » :

- les séjours en MAS, IME, ITEP, maisons de retraite, y compris hébergement temporaire et placement à l'année, les longs séjours, ainsi que les soins reçus sans prescription médicale, sauf disposition contraire mentionnée au présent règlement ou tableau des garanties,
- les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ou à la classification commune des actes médicaux, sauf disposition contraire mentionnée au présent règlement ou tableau des garanties,
- les soins esthétiques, la thalassothérapie,

En outre, le contrat ayant la qualité de « Contrat responsable », il ne prendra jamais en charge :

- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales annuelles qui restent à la charge des assurés sociaux, conformément aux termes de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné.

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le régime obligatoire, ne sont pas garantis tous les soins, actes et autres événements normalement garantis mais découlant d'un cas de force majeure.

Le fait qu'EMOA Mutuelle du Var ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions et obtenir le remboursement du paiement indu.

10.8 Dispositions propres à certaines prestations

Vous trouverez ci-après les modalités d'application proposées propres à certaines garanties évoquées dans le tableau des garanties.

Les montants de garanties dépendent du niveau souscrit par l'adhérent.

Participation forfaitaire :

Ce contrat prend en charge la participation forfaitaire que le Régime obligatoire peut laisser à la charge du Participant ou des bénéficiaires du contrat si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

Hospitalisation

• Hospitalisation

Cette garantie couvre l'ensemble des frais de séjours, honoraires médicaux et chirurgicaux restant à la charge du bénéficiaire après remboursement du régime obligatoire, en cas d'Hospitalisation.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et effectués dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties.

Attention : le taux de remboursement des dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux varie selon que le médecin est adhérent ou non à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO (l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

- **Forfait journalier**

Cette garantie couvre le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation.

Le montant de ce forfait est règlementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé. Les remboursements sont exprimés en pourcentage des frais réellement engagés et effectués dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties.

- **Chambre particulière**

Les frais de chambre particulière sont remboursés, au titre de cette garantie, dans la limite du nombre de jours d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et des plafonds prévus au tableau des garanties. 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, au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, les factures de lit accompagnant et repas servis à l'hôpital, en clinique ou au sein des établissements d'accueil pour familles de malades (maisons des parents, maisons d'accueils inscrites dans la liste établie par la F.N.E.A.F.H).

La nature des séjours ouvrant droits au bénéfice d'accompagnants est précisée pour chacune des garanties dans le descriptif figurant au tableau des garanties.

Soins courants

Consultations, visites généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et analyses (y compris en soins externes en milieu hospitalier)

Sont pris en charge, au titre de cette garantie (y compris lorsqu'ils sont effectués en soins externes), les frais suivants restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par le régime obligatoire :

- les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes),
- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, et kinésithérapeutes,
- les frais d'actes techniques médicaux,
- les frais d'analyses,
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'examens, d'imagerie médicale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et effectués dans la limite du montant indiqué au tableau des garanties.

Attention : le taux de remboursement des dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux varie selon que le médecin est adhérent ou non à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO (l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

Pharmacie remboursée par le régime obligatoire

Sont pris en charge, au titre de cette garantie, les frais de médicament restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par le régime obligatoire. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et effectués dans la limite du montant indiqué au tableau des garanties.

Appareillage

Sont pris en charge, au titre de cette garantie, les frais suivants restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par le régime obligatoire :

- appareillage orthopédique,
- prothèse non dentaire.
- petits et gros appareillages.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et effectués dans la limite du montant indiqué au tableau des garanties.

Transport remboursé par le régime obligatoire

Sont pris en charge, au titre de cette garantie, les frais de transport prescrits par un médecin et restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par le régime obligatoire.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et effectués dans la limite du montant indiqué au tableau des garanties.

AUDIOPROTHESES

Sont pris en charge au titre de la garantie :

- les équipements de Classe I et II
- les piles et accessoires associés à l'équipement auditif

Pour pouvoir être pris en charge, ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

DENTAIRE

• Soins dentaires conventionnés

Sont pris en charge, au titre de cette garantie, les frais suivants restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par le régime obligatoire:

- les honoraires de consultation d'un chirurgien- dentiste,
- les soins dentaires, comprenant les soins dits «conservateurs» et les soins chirurgicaux,
- à la condition que le chirurgien-dentiste soit conventionné.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et effectués dans la limite du montant indiqué au tableau des garanties.

• Orthodontie, prothèses dentaires remboursées ou non par le régime obligatoire, implants et parodontologie

- 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 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.
- 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.
- Prothèses, implants, couronnes et parodontologie non pris en charge par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de certaines dépenses selon les garanties souscrites.
- Pour les soins d'orthodontie, en cas d'adhésion ou de radiation en cours de semestre, le remboursement sera proratisé sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.
- La prise en charge et le remboursement des gouttières orthodontiques sont obligatoirement conditionnés à la prescription et la facturation émises par le chirurgien-dentiste ou l'orthodontiste qui assure le suivi des actes médicaux. En outre, les achats de gouttières ou prothèses orthodontiques sur Internet, directement par l'adhérent, ne feront pas l'objet d'un remboursement.

• Devis dentaire

Pour obtenir la prise en charge des prothèses dentaires et des soins non remboursés par le régime obligatoire (parodontologie, implantologie, orthodontie), le membre participant devra fournir un devis dentaire établi par le professionnel de santé à la Mutuelle, préalablement à la réalisation des soins.

En cas de modification du devis dentaire initialement transmis, durant la période de réalisation des soins, le membre participant devra fournir à la Mutuelle un nouveau devis établi par le professionnel de santé.

Seules les factures correspondant en tout point au devis validé par la Mutuelle pourront donner lieu à remboursement. En cas de différence entre le devis validé par la Mutuelle et la facturation faite par la suite, la Mutuelle ne sera tenue qu'à hauteur des montants figurant dans le devis validé.

Le devis ne constitue pas un accord de prise en charge. Il est délivré à titre indicatif sous conditions d'ouverture de droits aux prestations à la date d'exécution des actes.

Optique

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge au titre du contrat.

• Monture et verres remboursés par la Sécurité sociale

La Mutuelle verse, au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, un forfait pour l'acquisition d'un équipement optique composé de deux verres (verres simples ou complexes, multifocaux ou progressifs) et d'une monture, à raison d'une prise en charge par période de deux ans, cette période débutant à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. Par dérogation, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue, la prise en charge s'effectue par période d'un an.

• Lentilles jetables ou non, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale

En fonction du niveau souscrit, sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, par année d'adhésion et par bénéficiaire, les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites, jetables ou non, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale.

Prévention, bien-être et médecines alternatives

• Vaccins non remboursés par le régime obligatoire de la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion par bénéficiaire, les frais suivants :

- vaccins médicalement prescrits et non pris en charge par le Régime obligatoire.

• Arrêt tabac sur prescription médicale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion et par bénéficiaire, les frais de sevrage tabagique suivants :

- gommes à mâcher et/ou patchs médicalement prescrits et pris en charge par le régime obligatoire.

- **Homéopathie – veinotonique**

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, les frais d'homéopathie et de veinotonique.

- **Automédication**

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion, les médicaments non pris en charge par le Régime obligatoire et, sous réserve de faire l'objet d'une prescription médicale, les produits de parapharmacie.

La prise en charge est conditionnée à la présentation de l'original de la facture acquittée présentant le détail des médicaments achetés.

- **Cure thermale**

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par bénéficiaire et par année d'adhésion, les soins de cure thermale remboursée par le régime obligatoire ainsi que les frais d'hébergement et de transport.

- **Consultations médecines alternatives**

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties et dans la limite de quatre consultations par année d'adhésion et par bénéficiaire, les consultations suivantes et sous réserve de fournir une facture acquittée nominative mentionnant le numéro RPPS, ADELI ou FINESS du praticien : Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien, nutritionniste, naturopathe, psychologue, psychothérapeute, sophrologue, podologue, pédicure, psychomotricien, graphothérapeute, étio-pathe, tabacologue, micro kinésiste, ergothérapeute, cryothérapie, aromathérapie, ayurveda, chromothérapie, craniothérapie, faciathérapie, hypnothérapie, kinésiologie, médecine traditionnelle chinoise, médecine quantique, méthode tomatis, oligothérapie, phytothérapie, réflexologie plantaire, shiatsu, yoga iyenar.

- **Prime de naissance – A compter du 1^{er} janvier 2024**

La prestation est acquise après écoulement d'un délai de carence de six mois à compter de l'adhésion du membre participant. En outre celle-ci est conditionnée à l'affiliation de l'enfant au contrat du membre participant. La prime est ensuite versée au membre participant, sur présentation de l'acte de naissance, dans les deux mois suivant l'inscription de l'enfant à ledit contrat.

- **Allocation obsèques (garantie optionnelle) – A compter du 1^{er} janvier 2024**

La limite d'âge de souscription à l'allocation obsèques est fixée à 75 ans (âge du souscripteur du contrat santé). L'allocation obsèques, si souscrite, est versée sur présentation de factures à caractère funéraire, en cas de décès du membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, de son concubin ou d'un enfant à charge. EMOA Mutuelle du Var verse à la personne ayant exposé les frais d'obsèques, le montant des frais d'obsèques réellement engagés dans la limite du montant maximum fixé dans le tableau des garanties. Aucune prestation n'est versée si le défunt est âgé de moins de 12 ans, s'il est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

Le bénéficiaire doit adresser à EMOA Mutuelle du Var, dans les 30 jours suivant le sinistre, une demande de prestation composée des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès ;
- la facture acquittée nominative des frais réels ;
- un rib.

Lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, ces garanties produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, la personne ayant exposé les frais d'obsèques peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Le montant de l'allocation versé par EMOA Mutuelle du Var ne peut excéder le montant des frais restant à la charge de la personne

En outre, l'allocation obsèques ne peut être demandée qu'en cas de décès intervenant plus de douze mois suivant la date de souscription de l'option. Ce délai d'attente de douze mois s'applique également en cas de changement du montant souscrit en cours de vie du contrat. Celui-ci sera apprécié uniquement sur la différence de montant constaté entre le niveau de prestation initialement choisi et le niveau revalorisé. L'absence de règlement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie, conformément aux dispositions de l'article 8.3 du présent règlement des garanties.

10.9 Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, les adhérents peuvent être dispensés de l'avance des frais engagés par l'adhérent 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.

En cas d'hospitalisation, la dispense d'avance de frais ne s'applique pas aux dépenses supplémentaires (frais de téléphone, internet...) ainsi qu'aux dépassements d'honoraires. Afin de bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit solliciter auprès d'EMOA Mutuelle du Var une prise en charge pour l'ensemble des établissements, à l'exclusion de ceux ayant conclu une convention avec EMOA Mutuelle du Var.

11. Garantie optionnelle « indemnités journalières hospitalières »

11.1 Définition de la garantie optionnelle « indemnités journalières hospitalières »

La garantie « indemnités journalières hospitalières » a pour objet d'assurer à l'adhérent et éventuellement à son conjoint, concubin ou partenaire pacsé ayant le statut de conjoint collaborateur le versement de l'indemnité forfaitaire journalière prévue au bulletin d'adhésion, en cas d'hospitalisation prise en charge par le régime obligatoire.

11.2 Ouverture du droit aux prestations

Pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières hospitalières, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

Seule l'hospitalisation intervenue pendant la période de garantie (à savoir : après l'adhésion et en cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie, après le délai de carence de trois mois, mais avant la cessation des garanties) pourra donner lieu au versement des indemnités journalières.

La date d'hospitalisation prise en considération pour le versement des prestations par EMOA Mutuelle du Var est celle indiquée sur l'attestation de prise en charge de l'hospitalisation par le régime obligatoire ou le bulletin de situation délivré par l'établissement hospitalier.

11.3 Modalités de règlement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte de l'adhérent ou celui de ses ayants droit.

11.4 Formalités préalables

Le règlement des prestations s'effectue sur présentation de l'ensemble des documents suivants :

- attestation de prise en charge de l'hospitalisation par le régime obligatoire,
- bulletin de situation délivré par l'établissement hospitalier,
- demande de versement d'Indemnités journalières hospitalières.

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

11.5 Limites

Les indemnités sont versées dans les limites prévues au tableau des garanties.

11.6 Risques exclus

Sont exclus de la garantie « indemnités journalières hospitalières » les hospitalisations :

- non prises en charge par le régime obligatoire,
- connues du bénéficiaire ou du souscripteur lors de l'adhésion,
- non liées à des accidents et prescrites ou survenant dans les trois mois suivant l'adhésion,
- pour cause de maternité,
- dans des établissements situés hors du territoire métropolitain,
- dans les établissements spécialisés (établissement psychiatrique - moyen ou long séjour - établissement de cure, établissement d'accueil pour personnes âgées, maisons d'enfants et établissements ou centres diététiques),
- de jour ou à domicile,
- résultant de pathologies psychiatriques au titre de la convalescence.

Ne sont pas non plus couvertes les hospitalisations résultant:

- d'une guerre civile ou étrangère, insurrection, ou émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes,
- d'un acte terroriste ou acte de sabotage,
- d'une tentative de suicide du bénéficiaire,
- des actes volontaires et intentionnels des bénéficiaires qualifiés de crimes ou de délits au sens du Code pénal,
- d'un cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation,
- des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- d'actes effectués par un bénéficiaire sous l'emprise de l'ivresse, si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, ou de l'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement, de vols sur aéronefs privés non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- d'accidents liés à la pratique de sports aériens, automobiles, ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les sports à titre professionnel ou tentatives de records,

Le fait qu'EMOA Mutuelle du Var ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions et obtenir le remboursement du paiement indu.

12. Forclusion

Dans le prolongement de 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, actes ou autres événements garantis.

13. Prescription

En application de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement se prescrit par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, qu'à compter du jour où EMOA Mutuelle du Var en a eu connaissance,**
 - **en cas de réalisation du risque, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,**
 - **en cas de réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées, qu'à compter du jour du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations,**
 - **lorsque l'ayant droit est mineur ou placé sous un régime de protection légale, qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique,**
 - **lorsque l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit a pour cause le recours d'un tiers, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent 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 de droit commun que sont :**

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,**
- **la demande en justice, même en référé prévue aux articles 2241 à 2243 de ce même code,**
- **un acte d'exécution forcée prévu aux articles 2244 à 2246 de ce même code.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par la Mutuelle à l'adhérent en vue d'obtenir le paiement de cotisations,**
- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'adhérent ou ses ayants droit à la Mutuelle en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.**

14. Subrogation et pluralité d'assurances

EMOA Mutuelle du Var est subrogée de plein droit aux adhérents ou à leurs ayants droit victimes d'un accident, dans droits et actions contre les tiers responsables, que la responsabilité des tiers soit entière ou partagée.

Sont concernés tous les accidents, de droit commun, du travail, sportif, scolaire, ou de vie privée.

Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses engagées par EMOA Mutuelle du Var, à concurrence de la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

A cet effet, l'adhérent ou l'ayant droit ou leur mandataire doit adresser, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du ou des tiers en cause, les coordonnées de sa ou leur compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant, à un constat.

L'adhérent ou l'ayant droit ou leur mandataire doit également 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.

15. EMOA Assistance à domicile

Tous les bénéficiaires de la garantie frais de santé TNS EMOA automatiquement d'une garantie supplémentaire assistance à domicile souscrite par la mutuelle via un contrat collectif auprès de INTER PARTNER ASSISTANCE. Les prestations correspondantes sont définies dans la notice technique d'assistance remise à l'adhésion et disponible sur demande. Les garanties mentionnées dans la notice technique d'assistance sont données à titre indicatif et ne sauraient engager EMOA Mutuelle du Var quant aux modalités de leur exécution par l'assureur : INTER PARTNER ASSISTANCE, Société Anonyme de droit belge au capital de 130 702 613 €, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 boulevard du Régent - 1000 Bruxelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 CHATILLON.

16. 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 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.

17. Protection des données personnelles

Les informations recueillies dans le cadre du présent règlement sont traitées dans des conditions conformes à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et libertés et explicitées à l'article 60 des statuts.

L'adhérent et ses ayants droit peuvent notamment s'opposer à ce que leurs coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures à des fins de prospections commerciales, en adressant à EMOA Mutuelle du Var un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

EMOA Mutuelle du Var, en tant que responsable de traitement, pourra être amenée à collecter des données personnelles dans le cadre de l'exécution des contrats de complémentaire santé, d'assurance de biens ou de personnes, ainsi que dans le cadre de l'établissement d'une proposition tarifaire d'un contrat de Complémentaire santé, prévoyance, retraite, IARD ou assurance vie. Les données personnelles sont confiées aux collaborateurs, partenaires ou sous-traitants de la mutuelle dûment habilités à les gérer, et ceci uniquement dans le cadre nécessaire à la bonne gestion des contrats et prestations.

Les données sont conservées pendant une durée en adéquation avec les différentes contraintes réglementaires s'appliquant à la mutuelle. Dans le cadre de l'exercice de ses traitements, EMOA Mutuelle du Var peut être amenée à confier des données à des sous-traitants en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, la mutuelle veille à ce que les données soient soumises à un niveau de sécurité et de protection adéquats.

Les adhérents sont à tout moment en mesure de demander à exercer un droit d'accès, de modification, d'opposition et votre droit à l'oubli, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données. Pour cela, il est nécessaire d'adresser un mail au Délégué à la Protection des Données personnelles de la mutuelle, à l'adresse suivante : rgpd@mutuelle-emoa.fr

Il est rappelé la possibilité de s'inscrire gratuitement à une liste d'opposition au démarchage téléphonique (BLOCTEL) via le site bloctel.gouv.fr. L'inscription sur cette liste n'interdit pas EMOA Mutuelle du Var ou les organismes assureurs de joindre les adhérents inscrits dans le cadre des relations contractuelles existantes.

18. 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 – 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

19. Réclamations et médiations

Pour tout litige concernant l'application ou l'interprétation du présent règlement, l'adhérent et ses ayants droit peuvent adresser leur réclamation au service relations adhérents au siège administratif d'EMOA Mutuelle du Var :

EMOA Mutuelle du Var
Service relations adhérents – 285, rue de la Cauquière – CS 60117
83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou de difficulté non résolue par le service relations adhérents, la partie la plus diligente peut demander l'avis du médiateur en lui transmettant le dossier accompagné des éléments indispensables à son examen à l'adresse suivante :

EMOA Mutuelle du Var
Médiateur – 285, rue de la Cauquière – CS 60117
83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX
<https://www.emoa-mutuelle.fr/médiation>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation EMOA disponible sur le site internet susvisé.

20. Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes

Tout adhérent à une garantie « frais de santé » ayant le statut de travailleur non salarié indépendant ou de 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

Siège administratif :
285, rue de la Cauquière - CS 60117
83184 Six-Fours-Les-Plages CEDEX



www.mutuelle-emoa.fr

emoa.
Mutuelle du Var

