



Annexe au Règlement Mutualiste de SMATIS FRANCE : Contrat « BANCO »

Annexe Contrat « Banco »

Le contrat «Banco» est soumis aux règles générales figurant dans le Règlement Mutualiste de la mutuelle, à l'exception des points précisés ci-après.

Son fonctionnement renvoie en grande partie à celui de la garantie « Remboursement de Frais de Soins de Santé » (Annexe I du Règlement Mutualiste).

1.1. Objet de la garantie

Ce contrat garantit au membre participant le versement d'une indemnité en complément d'un régime obligatoire, qu'il s'agisse du régime général de la Sécurité Sociale ou de tous régimes spéciaux français ou étrangers entrant dans le champ d'application territorial de la garantie.

Ce contrat garantit au membre participant le remboursement de tout ou partie de ses frais de soins de santé, dans la limite des prestations qu'il a souscrites et ce, au-delà d'une franchise annuelle globale prépayée telle que précisée aux articles 1.5 et 1.6 suivants infra.

Le type de garanties que le membre participant a souscrit est précisé sur le bulletin d'adhésion. Quant au détail des prestations correspondant, il est précisé sur la grille de garanties qui est remise au membre participant avant son adhésion.

A l'appui de toute demande d'adhésion, il doit être produit à la mutuelle l'attestation papier de la carte VITALE ou son équivalent.

1.2. Date d'effet de la garantie

L'adhésion prend effet :

- Le 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours dudit mois :
- Le 1^{er} jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au quinze du mois

Nonobstant les alinéas précédents, l'adhésion peut - sur la demande du futur membre participant - prendre effet à une date postérieure, étant toutefois précisé que la date d'effet ne pourra dans ce cas correspondre qu'au premier jour d'un mois civil.

La date d'échéance du contrat, telle qu'indiquée sur le bulletin d'adhésion, correspond à la veille de la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion (soit par exemple, si une adhésion est conclue à effet du 1^{er} octobre 2008, la date d'échéance sera le 30 septembre 2009).

Le contrat « Banco » est conclu pour une durée d'un an et est reconductible tacitement à la date d'échéance, sauf dénonciation notifiée par le membre participant dans les formes et conditions définies au chapitre VI-A du Règlement Mutualiste.

1.3. Étendue de la garantie

Les règles applicables au contrat «Banco» sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste.

1.4. Bénéficiaires

Le contrat « Banco » ne peut couvrir qu'un seul et unique bénéficiaire. Il ne peut, par conséquent, garantir les ayants droit du membre participant, lesquels devront souscrire ledit contrat pour bénéficier de ses garanties, dans le respect des conditions afférentes à l'admissibilité des membres (cf article 7 des statuts de la mutuelle).

1.5. Fonctionnement du contrat

Les remboursements de frais de santé garantis par le contrat «Banco» sont assortis d'une franchise annuelle globale à la charge du membre participant.

A cet effet, le membre participant verse à la mutuelle au moment de son adhésion, en plus de la cotisation correspondant à la souscription de sa garantie complémentaire santé, une somme d'un montant égal à celui de la franchise. Cette somme, appelée « réserve », reste en possession du membre participant mais sera utilisée par la mutuelle pour régler les remboursements du ressort de cette franchise.

Le règlement des versements relatifs à la cotisation complémentaire santé et à la réserve doivent être faits simultanément. La mutuelle ne peut garantir le bon fonctionnement du contrat en cas de défaut de versement.

Le règlement des remboursements est imputé en priorité à la réserve jusqu'à épuisement de celle-ci. Dans ce cadre, les mêmes règles que celles qui régissent les prestations de la garantie « Remboursement de Frais de Soins de Santé » s'appliquent :

- quant à la délivrance des prestations
- quant à la nature et au lieu des soins pris en charge (Cf. paragraphes 2 et 4 de l'annexe I)
- quant aux sommes restituées : elles sont calculées sur les mêmes bases que celles exposées dans la garantie « Remboursement de Frais de Soins de Santé » (paragraphe 4 de l'annexe I)
- et quant aux règles de gestion (Cf. paragraphes 5, 6 et 7 de l'annexe I).

Lorsque la réserve arrive à épuisement en cours d'année d'assurance (période qui s'écoule entre la date d'effet de l'adhésion et son renouvellement à sa date d'anniversaire), les prestations du contrat complémentaire santé prennent le relais. Néanmoins, le membre participant ne bénéficiera pas du remboursement du montant de la réserve qui lui était attribué.

Dès lors que la consommation annuelle de frais de soins exposée par le membre participant n'a pas atteint le montant de la franchise annuelle globale, et donc que la réserve n'est pas épuisée, la mutuelle s'engage à restituer le solde de la réserve au membre participant.

Les conditions relatives à la restitution de la réserve sont décrites plus précisément à l'article 1.6.3 infra.

1.6. Fonctionnement de la réserve

1.6.1 Gestion de la réserve

Le membre participant alimente sa réserve au même rythme qu'il règle sa cotisation santé et selon les mêmes modalités.

La réserve est enregistrée au nom du membre participant dans un compte non rémunéré qui est géré par la mutuelle.

Cette réserve est exclusivement destinée au financement des frais de santé contractuellement à la charge du membre participant du fait de la franchise. La mutuelle ne peut l'utiliser pour aucun autre objet. Il est convenu que les remboursements imputés à la réserve sont calculés et effectués selon les mêmes modalités que celles prévalant pour les prestations de la garantie « Remboursement de Frais de Soins de Santé » (paragraphe 4 de l'annexe I).

La mutuelle gère cette réserve pour financer le remboursement des frais de soins de santé du membre participant qui, en application de la franchise, ne sont pas pris en charge au titre de la cotisation complémentaire santé.

1.6.2 Mobilisation de la réserve

Les remboursements de frais de soins sont prioritairement déduits de la réserve de l'année d'assurance en cours à la date des soins, dans la limite de la franchise annuelle globale.

Pour chacune des demandes de remboursement entrant dans le cadre de la franchise annuelle, la mutuelle mobilise la partie de la réserve correspondant au montant du remboursement.

Le membre participant pourra consulter, à tout moment, le montant du solde de sa réserve non utilisée sur "l'espace adhérent" du site internet de SMATIS FRANCE (www.smatiss.fr). A défaut, il devra en faire la demande expresse par écrit.

1.6.3 Restitution du solde de la réserve

Si aucun remboursement de frais de santé n'est intervenu pendant l'année d'assurance, l'intégralité des versements afférents la réserve est restituée à la fin de l'année d'assurance dans les délais indiqués ci-après.

Si le montant total des remboursements de frais de santé intervenus pendant l'année d'assurance et déduits de la réserve est inférieur au montant des versements du membre participant afférents à la réserve, le solde lui est restitué.

Si le montant total des remboursements de frais de santé intervenus pendant l'année d'assurance est supérieur ou égal aux versements du membre participant afférents à la réserve, aucune restitution n'est effectuée et ce, sans aucune autre conséquence pour le membre participant.

Le montant restitué pour l'année d'assurance écoulée est calculé au plus tôt :

- trois mois après le terme de l'année d'assurance, pour les membres participants ayant reconduit leur contrat « Banco »
- six mois après le terme du contrat, dans tout autre cas.

En cas de solde positif, il est restitué au membre participant par chèque dans un délai de 15 jours après le calcul du montant restitué.

Le membre participant doit adresser ses demandes de remboursement de frais de santé à la mutuelle **dans les meilleurs délais.**

En cas de demandes de remboursement adressées après la date de restitution du solde de la réserve en fin d'année d'assurance et concernant des soins réalisés antérieurement, le montant des remboursements sera amputé du montant déjà restitué au titre de la réserve de l'année de survenance de l'acte de soins, jusqu'à épuisement de ce montant.

1.7. Montant de la réserve

1.7.1 Détermination du montant de la réserve santé

Le montant de la réserve est égal au montant de la franchise du contrat « Banco ».

Pour chaque année d'assurance, la réserve est calculée sur la base de ladite année d'assurance. En cas de période d'assurance inférieure à une année, le montant de la réserve correspondant à cette période est calculé au *pro rata temporis* de la durée courant de la date d'effet à la date d'échéance.

1.7.2 Evolution de la réserve santé

La réserve suit la franchise et ses évolutions. En effet, La franchise étant accessoire à la cotisation santé, elle suit par conséquent son sort et les règles générales qui la régissent (cf Chapitre III - 1 et 2 du Règlement Mutualiste sur la détermination et la révision des cotisations).

L'évolution du montant de la franchise fait donc l'objet du même règlement que celui de la cotisation.

En cas de modification de la réserve intervenue hors échéance principale suite à modification de la franchise, le montant annuel de la réserve est calculé au *pro rata temporis* de la date d'effet précédant la modification à l'échéance principale suivante.

1.8. Conditions de paiement des cotisations et de la réserve

Les règles concernant l'appel de cotisations et la réserve, applicables au contrat « Banco », sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste, à l'exception de la mention concernant les ayants droit qui ne s'applique pas au contrat « Banco ». Les versements de la cotisation et de la réserve peuvent être mensuels, trimestriels ou semestriels. Ils doivent être effectués par prélèvement sur un compte bancaire ou postal.

1.9. Nature des prestations

Les prestations garanties par le contrat «Banco» sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste. Le détail de ces prestations est précisé sur la grille de garanties remise au membre participant avant son adhésion.

1.10. Délais d'attente

Les règles applicables au contrat «Banco» sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste.

1.11. Paiement des prestations

Les règles applicables au contrat «Banco» sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste. Il est rappelé à cet effet que le remboursement des prestations par la mutuelle varie en fonction du respect ou non du membre participant au parcours de soins.

1.12. Exclusions

Les règles applicables au contrat «Banco» sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste. Il est rappelé à cet effet que par décision de l'assemblée générale mixte du 25 juin 2008, depuis le 1er janvier 2008, la mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation
- les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

1.13. Modification du contrat

Le contrat « Banco » ne peut faire l'objet d'une modification du niveau de garanties au cours de l'année d'assurance, à l'exception :

- d'un changement de coordonnées du membre participant
- d'un changement de ses coordonnées bancaires

L'augmentation ou la diminution de garanties entraîne la modification de la cotisation et de la franchise et donc du montant de la réserve à verser par le membre participant. Il en va de même concernant la modification de la cotisation suivant les critères définis au Chapitre III – 1 et 2 du Règlement Mutualiste.

Le changement de garanties ne peut avoir lieu qu'un an après la date d'effet de la souscription ou de la première année d'assurance et ne pourra prendre effet qu'au premier mois civil de la date d'anniversaire du contrat.

La restitution de l'éventuelle part non utilisée de la réserve en cas de résiliation du contrat est effectuée dans les conditions exposées à l'article 1.6.3 supra.

1.14. Fin de l'adhésion

Les règles applicables au contrat « Banco » sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste, à l'exception du paragraphe portant sur les effets de la démission du membre participant décédé à l'égard de ses ayants droit qui ne concerne pas le contrat « Banco ».

1.15. Forclusion

Les règles applicables au contrat «Banco» sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste.

1.16. Subrogation

Les règles applicables au contrat «Banco» sont celles qui sont décrites dans l'annexe I du Règlement Mutualiste, à l'exception de la mention concernant les ayants droit.

Mutuelle SMATIS FRANCE

Régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité

Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n°781166293

Ayant son siège social : 6 à 14, rue du Piave – 16920 ANGOULEME CEDEX 9