RÈGLEMENT MUTUALISTE

ANNEXE XXX
GARANTIE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ- RESPONSABLE

approuvée en dernier lieu à l'assemblée générale du 22 juin 2023

Ce contrat ainsi que les grilles de prestations y afférentes obéissent aux critères des contrats dits « responsables » tels que définis par les articles L.871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties complémentaires santé entrant dans le champ des prestations obligatoires au titre du « contrat responsable » bénéficient du mécanisme de tiers payant au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

1. Objet de la garantie

Ce contrat garantit au membre participant et à ses ayants droit éventuellement désignés 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.
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 faisant apparaître le(s) ayant(s) droit bénéficiaire(s) des prestations de la mutuelle.

2. Étendue de la garantie

La garantie est applicable à la France métropolitaine, aux Départements et Territoires d'Outre-mer, ainsi qu'aux pays membres de l'Union Européenne.

3. Condition liée à la souscription

Les ayants droit désignés par les membres participants et répondant à la définition des ayants droit telle qu'elle figure dans les règles générales du règlement mutualiste de la mutuelle bénéficient des mêmes garanties souscrites dans les mêmes conditions

4. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion peut prendre effet à la date de la demande d'adhésion ou à toute autre date telle qu'indiquée par le membre participant sur son bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion.
L'adhésion sera effective dès lors que le membre participant aura signé son bulletin d'adhésion, aura reçu la confirmation écrite de son adhésion à la mutuelle et se sera acquitté de sa première cotisation.
La date d'échéance du contrat est le 31 décembre de l'année civile. Ainsi, en cas d'adhésion prenant effet à une date autre que celle du 1er janvier, l'adhésion est conclue pour une première période, inférieure à une année, courant de la date d'effet de l'adhésion jusqu'à la date d'échéance prévue au contrat. Elle se reconduit ensuite tacitement, chaque année, pour une période d'un an, sauf dénonciation notifiée par le membre participant dans les formes et conditions définies au chapitre VI-A des Règles Générales du Règlement Mutualiste.

5. Cotisations

5.1 – Appel de cotisations

L'appel de cotisation est accompagné de la délivrance de la carte d'adhérent mutualiste, plus communément appelée « carte de tiers payant », sur laquelle vont figurer le tiers payant, la date d'effet de l'adhésion et sa date limite de validité ainsi que l'identité des ayants droit désignés par le membre participant comme bénéficiaires des prestations de la mutuelle.
L'appel est ensuite annuel et accompagné de la délivrance d'une nouvelle carte de tiers payant..

5.2 – Augmentation des cotisations liées à l'âge

Au titre des garanties objet de la présente annexe, il est précisé que le montant des cotisations est révisé tous les ans en fonction de l'âge, au 1er janvier de chaque année civile.

5.3 – Exonérations de cotisations pour certains ayants droit

Au titre de certaines garanties objet de la présente annexe, la mutuelle fait bénéficier le membre participant de la gratuité de ses cotisations pour ce qui concerne le 3ème enfant et les suivants ainsi que pour le nouveau-né et ce, dans les conditions et limites précisées dans les grilles de garanties.
Dans tous les cas, la gratuité des cotisations pour le nouveau-né n'est valable que durant les 12 mois suivant sa naissance et à la condition que le membre participant soit déjà souscripteur d'une garantie objet de la présente annexe.

6. Nature des prestations

Les prestations de la mutuelle se définissent par rapport à des nomenclatures d'actes visant les professionnels de santé prises en application des dispositions légales ou réglementaires.
Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux dans leur communication avec les organismes d'assurance maladie, dans le respect du secret professionnel et dans l'intérêt du malade.
Les frais ouvrant droit à prestation sont définis au contrat d'adhésion suivant le choix du membre participant.
La mutuelle dispose à cet égard de différents types de garanties se limitant au ticket modérateur ou couvrant les dépassements en matière d'honoraires médicaux, d'optique, ou de dentaire.
Il sera remis au membre participant le tableau des prestations correspondant à la garantie à laquelle il aura adhéré. Cette garantie varie en fonction de son respect ou non au parcours de soins.
D'une manière générale, les prestations couvertes par la mutuelle peuvent s'ordonnancer comme suit, suivant le type de garantie souscrite :
a - Honoraires médicaux : consultation ou visite ou tout acte technique réalisé à cette occasion par le médecin généraliste ou spécialiste, chirurgien-dentiste, sage-femme, ostéopathe, chiropracteur... ;
b - Prescriptions : frais pharmaceutiques, de laboratoires, vaccins, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie (radiologie, ostéodensitométrie...), appareillage (orthèses, prothèses, auditif...) ;
c - Autres soins : cure thermale acceptée par la Sécurité sociale, transports ;
d - Dentaire, Optique : actes techniques (orthodontie, prothèse, soins dentaires), verre, lentille, monture, chirurgie réfractive de

l'œil par laser. Les plafonds dentaires, tels qu'ils sont indiqués sur les grilles de garantie, sont délivrés par année d'adhésion.
Au niveau du poste Dentaire, lorsque cette information figure sur la grille de garanties, il faut entendre les termes « refusé » ou « hors nomenclature » comme signifiant « non remboursé par le régime obligatoire ». La majorité des actes dentaires se trouvent ainsi référencés en nomenclature CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), l''ancienne nomenclature NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) restant néanmoins en vigueur pour certains actes particuliers. **Sur les Postes dentaire et Optique, le forfait d'adhésion, s'il est mentionné sur les grilles de garanties, s'entend par année d'adhésion au titre du contrat souscrit par le membre participant.**
e - Hospitalisation : honoraires (secteur public et privé) – frais de séjour ou frais d'hébergement, médecine, chrirugie, salle d'opération ou d'anesthésie, supplément chambre particulière (à l'exclusion de la chambre particulière en ambulatoire), forfait journalier, et tout acte technique réalisé au cours du séjour hospitalisé réalisé, cure hospitalisé, frais d'accompagnant engagés par le membre participant ou son ayant droit désigné dans le Bulletin d'adhésion pour des frais dépensés pour un accompagnant.
Sur ce poste de garantie, la prise en charge est limitée au ticket modérateur en long séjour, établissements spécialisés et gastroplastie (anneaux gastriques, by pass...).
Les remboursements de la plupart des prestations sont exprimés sur la base de remboursement du régime obligatoire.
Les limitations et plafonds de garantie sont précisés sur la grille de prestations.
En aucun cas, le remboursement des frais de soins dû par la mutuelle ne pourra excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de l'ayant droit désigné après les remboursements auxquels il a droit.

7. Paiement des prestations

Les frais de soins ouvrant droit à prestations sont définis sur le tableau des garanties correspondant au contrat auquel le membre participant aura adhéré.
Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou sous forme de forfait.
En aucun cas, le remboursement des frais de soins dû par la mutuelle ne pourra excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de l'ayant droit désigné après les remboursements auxquels il a droit.
Vis-à-vis des professionnels de santé, le droit aux prestations peut s'effectuer sur présentation de la carte d'adhérent mutualiste qui ouvre droit au tiers payant (il est égal à la différence entre le tarif retenu par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier) ou après délivrance d'une pris en charge pour certains professionnels de santé.
Pour obtenir son paiement des prestations de la mutuelle, le membre participant doit lui faire parvenir les pièces justificatives relatives à sa demande.
Pour les Caisses Primaires d'Assurance Maladie avec lesquelles la mutuelle est en télétransmission, l'image des décomptes parvient par liaison informatique, sauf refus du membre participant.
Les demandes de remboursement de prestations peuvent être acceptées à l'appui de justificatifs dématérialisés (sous forme de mail et d'impression écran de consultation), sauf pour ce qui concerne certains actes coûteux, listés ci-après, qui nécessitent la production d'un original.
En tout état de cause, la mutuelle se réserve le droit de demander, dans tous les cas, des justificatifs originaux, de même que d'autres justificatifs si elle le juge nécessaire.
- Sont à produire, dans le cas où le membre participant fait l'avance de ses frais médicaux :
Pour ce qui relève des honoraires médicaux, pharmacie (sauf en cas de tiers payant), soins dentaires, frais de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux, transport : le décompte du régime obligatoire original ou numérisé dans les cas où il n'y aurait pas de télétransmission entre ledit régime et le Centre de gestion.
Pour ce qui relève de la prévention (vaccins prescrits par un médecin, pharmacie non remboursée, médecine douce, tests de dépistage) : prescription médicale et facture – décompte du régime obligatoire ou prescription médicale et facture si non remboursé, originaux ou numérisés.
Pour ce qui relève des dépenses hospitalières : le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie, la facture originale détaillée acquittée, l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement, les notes de dépassement d'honoraires : pour les frais « accompagnant » : la facture originale détaillée acquittée avec un bulletin de situation délivré par l'établissement, originaux ou numérisés, étant rappelé que pour bénéficier du remboursement des frais accompagnant, l'accompagnant doit être désigné sur le bulletin d'adhésion du membre participant comme ayant droit, selon la définition de l'article 121-1 des statuts de la mutuelle.
Pour ce qui relève du dentaire :
- Pour les implants dentaires dont la dépense est inférieure à 2 000 euros (par ligne d'acte) : le décompte original ou numérisé du régime obligatoire ou, en cas de refus de prise en charge des soins par le régime obligatoire, le devis détaillé et la facture codifiée et acquittée originaux ou numérisés du praticien. **Au-delà de 2 000 euros : originaux obligatoires.**
- Pour les prothèses dentaires et actes de parodontologie dont la dépense est inférieure à 800 euros (par ligne d'acte) : le décompte du régime obligatoire ou, en cas de refus de prise en charge des soins par le régime obligatoire, le devis détaillé et la facture acquittée détaillée mentionnant en particulier le numéro des dents soignées, originaux ou numérisés. **Au-delà de 800 euros : originaux obligatoires.**
Pour ce qui concerne l'appareillage (orthèses ou prothèses diverses sauf dentaires – auditives) : le décompte du régime obligatoire original ou numérisé. En cas de dépassement du tarif du régime obligatoire, la facture détaillée acquittée originale ou numérisée. Dans le cas de l'auditif, la facture détaillée acquittée indiquant le côté appareillé, originale ou numérisée.
Pour ce qui relève de l'optique :
- Tous les actes dont la dépense est inférieure à 600 euros (par ligne d'acte) : le décompte original ou numérisé du régime obligatoire – en cas de lunettes : la facture acquittée originale ou numérisée mentionnant la correction visuelle et le type de verre. **Au-delà de 600 euros : originaux obligatoires.**
- Lentilles non remboursées par le régime obligatoire dont la dépense est inférieure à 300 euros (par ligne d'acte) : prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement et facture originales ou numérisées – **Au-delà de 300 euros : originaux obligatoires.**
Pour ce qui relève de la cure thermale : le décompte du régime obligatoire et la facture acquittée et justificatifs de dépenses si nécessaires, originaux ou numérisés.
Pour ce qui relève de la maternité : l'acte de naissance de l'enfant, le décompte du régime obligatoire ; en cas de dépassement du tarif du régime obligatoire, la facture détaillée, originaux ou numérisés.
Ces documents sont valables uniquement dans le cas où les prestations indiquées ci-dessous figurent dans le tableau des garanties souscrites.
- Sont à produire dans le cas où le membre participant utilise le tiers-payant partiel et fait l'avance du ticket modérateur :
Le décompte du régime obligatoire accompagné de la facture acquittée délivrée par le professionnel de santé.
- Dans le cas où le membre participant ne fait aucune avance de frais :
L'ensemble des pièces justificatives est alors adressé à la mutuelle par les professionnels de santé et/ou les organismes obligatoires.
Les prestations sont versées après réception des justificatifs en

provenance des régimes obligatoires et/ou des professionnels de santé ou du membre participant.
Le remboursement des prestations est effectué par rapport à la date de soins. Lorsqu'il s'agit d'actes non remboursés par la Sécurité sociale, le remboursement des soins se fera sur la base de la date de facture figurant sur le justificatif produit et dans la limite des garanties souscrites. Pour ce qui concerne l'optique, le remboursement des prestations est effectué : dans le cadre du tiers payant, par rapport à la date de l'accord de prise en charge par l'organisme complémentaire ; dans les autres cas, par rapport à la date de délivrance de l'équipement ou de la date de l'émission de la facture par le professionnel de santé.
Il est rappelé que le remboursement des prestations par la mutuelle varie en fonction du respect ou non du membre participant au parcours de soins.
Les prestations sont, sauf exception, réglées directement aux membres participants par virement. En cas de choix d'un autre mode de règlement demandé par le membre participant, un droit forfaitaire peut être appliqué pour chaque paiement.

8. Exclusions

A- Exclusions liées aux contrats responsables
Sont expressément exclues des remboursements :
- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (cf. art. L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré et de ses ayants droit visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ainsi que la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5 18° du Code de la Sécurité sociale (en cas de non-respect du parcours de soins coordonné) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (cf. art L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale).

B – Autres exclusions
Sont également exclus des remboursements de la mutuelle :
- les dépenses, soins ou interventions non pris en charge par un régime obligatoire, sauf cas particuliers prévus au contrat ;
- les actes ne figurant pas sur la liste des actes professionnels sauf cas particuliers prévus au contrat ;
- les actes indemnisables au titre d'assurances spéciales obligatoires (accidents de la circulation avec tiers identifié...) ;
- lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son régime obligatoire d'un remboursement à 100 % et que ses garanties ne prévoient pas de dépassement ;
- les prestations relatives à des soins engagés antérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ou les prestations postérieures à la date d'effet de la démission ou de la résiliation du contrat ;

9. Fin de l'adhésion

Les règles applicables à la fin de l'adhésion sont décrites dans le CHAPITRE VI-A des Règles Générales du présent règlement mutualist

a- Effets de la démission du membre participant décédé à l'égard de ses ayants droit
En cas de décès du membre participant, la mutuelle accorde la faculté aux ayants droit nommément désignés dans le contrat d'adhésion, de bénéficier pendant 6 mois des garanties de la mutuelle, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante. Durant ce délai, l'ayant droit a la possibilité de manifester à la mutuelle sa volonté de devenir membre participant en retournant le bulletin d'adhésion, qui lui aura été préalablement adressé par la mutuelle, dûment régularisé. Sans réponse de l'ayant droit, la radiation pendra effet à l'expiration dudit délai.
b. Conséquences de la fin de l'adhésion
La démission, la radiation et l'exclusion entraînent de plein droit la perte de la qualité d'adhérent ou d'ayant droit.
Dés la prise d'effet des causes mettant fin à l'adhésion, la carte d'adhérent mutualiste dont la période de validité n'est pas expirée doit être immédiatement retournée au siège de la mutuelle. Cette dernière sera fondée à engager des poursuites judiciaires à l'encontre du membre participant qui aurait, du fait de l'utilisation frauduleuse de sa carte d'adhérent, obtenu indûment des prestations de la mutuelle. Cette infraction constitue un délit qualifié de vol au sens de l'article 311-3 du Code Pénal puni d'une peine d'emprisonnement de trois ans et d'une amende de 45 000 euros.
Dans le cas où le membre participant exerce sa faculté de résiliation sans frais ni pénalités après expiration d'un an d'adhésion dans sa garantie, il est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

11. Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion à la mutuelle est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux articles L.221-11 et L.221-12 du code de la mutualité.
Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
La prescription peut être interrompue :
- par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telles que prévues aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, une demande en justice, une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- ainsi que par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ; l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé-réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant, l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

12. Subrogation

Pour le paiement de prestations à caractère indemnitaire relatives au remboursement de frais de soins, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.
La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposé qu'à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales,

au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

13. Droit de renonciation

Le membre participant peut, s'il le souhaite, renoncer à son adhésion.
La faculté de renonciation doit être exercée par courrier recommandé adressé au siège social de la Mutuelle SMATIS FRANCE : 6 rue du Piave – CS 90000 – 16920 ANGOULEME CEDEX 9 dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où son adhésion a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations précontractuelles. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour chômé, il est prorogé (cf. article L.221-18 du Code de la mutualité) ».
Le formulaire de renonciation ci-après peut être utilisé :
« Je soussigné (e) M, Mme, Melle (nom, prénom) :
vous notifie par la présente ma renonciation portant sur la vente du contrat ci-dessous :
Nature des garanties souscrites :
Date de prise d'effet des garanties :
N° de contrat :

Adresse : .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature du consommateur ».

La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. Les cotisations payées seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la demande de renonciation. Les prestations qui auraient été versées à l'intéressé ou à une personne identifiée au titre du contrat, ou à un autre tiers (pharmacie, professionnel de santé, hôpital...), devront également être restituées.

Les dispositions du présent article 13 ne sont pas applicables aux personnes ayant souscrit leur adhésion dans le cadre de leur activité professionnelle (notamment les TNS).

SOLIDARITÉ MUTUALISTE DE L'ASSOCIATION DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS ET SALARIÉS DE FRANCE sous le sigle SMATIS FRANCE

Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au Répertoire Sirène sous le N° SIREN 781166293 - Identifiant Unique REP : 232363_03SCXC
Siège Social : 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULÊME CEDEX 9

Autorité chargée de son contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

VERSION 2024