

# Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé

## MIS Santé

### Règlement mutualiste - Garanties Moduli 2018

#### Préambule

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé) est établie à Marseille au 10, rue Léon Paulet • CS 30041 • 13417 Marseille cedex 8. Elle est régie par le Code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 438 601 932.

## Objet du règlement mutualiste

### → Article 1. Objet du règlement

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de MIS Santé, il est établi un règlement qui définit les engagements contractuels existants entre chaque adhérent et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

### → Article 2. Gamme "Moduli"

La gamme "Moduli" permet à chaque adhérent de composer la garantie mutualiste la mieux adaptée à ses besoins.

Les prestations sont classées en trois catégories :

- Médicales ;
- Médico-chirurgicales ;
- Primes et participations.

Pour chacune de ces catégories, il existe trois modules de prestations différents. L'adhérent peut ainsi choisir à l'intérieur de chacune des catégories désignées, le module de son choix.

- Modules 1, 4 ou 7 pour la catégorie "prestations médicales",
- Modules 2, 5 ou 8 pour la catégorie "prestations médico-chirurgicales",
- Modules 3, 6 ou 9 pour la catégorie "primes et participations".

Les catégories sont optionnelles, l'adhérent peut ne choisir qu'une seule catégorie de prestations, à l'exception toutefois de la catégorie "primes et participations" qui ne peut être choisie seule.

NB : plus le chiffre désignant le module est élevé, plus les taux de prestations sont importants.

Les catégories sont optionnelles, l'adhérent peut ne choisir qu'une seule catégorie de prestations, à l'exception toutefois de la catégorie "primes et participations" qui ne peut être choisie seule.

## Obligation des adhérents envers la mutuelle

### → Article 3. Cotisations

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Sont compris dans cette cotisation, des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou les règlements de ces organismes.

La cotisation est individuelle, fixée forfaitairement et payable d'avance.

Pour le paiement de la cotisation, l'adhérent peut bénéficier sans frais supplémentaire d'un paiement fractionné. Le paiement de la cotisation peut se faire alors sur douze mois, sur quatre trimestres ou sur deux semestres. La première fraction doit être payée le jour de l'adhésion de l'adhérent, soit par chèque, soit par carte bancaire, soit directement par prélèvement. Les autres fractions sont prélevées directement sur le compte bancaire de l'adhérent, le 10 de chaque mois. Seul le prélèvement automatique est valable lorsque le paiement fractionné est choisi par l'adhérent.

Le prix de la cotisation peut varier suivant l'âge de l'adhérent. Lorsqu'un adhérent entre dans une nouvelle tranche d'âge, le nouveau tarif de la cotisation est applicable à compter du 1er janvier de l'année de son anniversaire.

Le prix de la cotisation varie selon la catégorie de garantie choisie par l'adhérent.

Tranches d'âge	Module 1	Module 4	Module 7	Tranches d'âge	Module 2	Module 5	Module 8
Enfants	17,01 €	21,24 €	32,89 €	Enfants	15,88 €	22,27 €	44,54 €
18 – 28 ans	25,47 €	31,86 €	48,87 €	18 – 28 ans	23,30 €	32,89 €	66,91 €
29 – 35 ans	25,47 €	31,86 €	48,87 €	29 – 35 ans	23,30 €	32,89 €	66,91 €
36 – 40 ans	29,69 €	37,12 €	56,29 €	36 – 40 ans	26,50 €	38,25 €	76,40 €
41 – 45 ans	32,89 €	40,31 €	61,55 €	41 – 45 ans	29,69 €	41,45 €	83,82 €
46 – 50 ans	36,09 €	44,54 €	67,94 €	46 – 50 ans	31,86 €	45,67 €	92,38 €
51 – 55 ans	41,34 €	50,93 €	77,53 €	51 – 55 ans	37,12 €	53,10 €	106,19 €
56 – 60 ans	50,93 €	71,14 €	88,15 €	56 – 60 ans	42,48 €	60,52 €	122,07 €
61 – 65 ans	60,52 €	74,34 €	91,24 €	61 – 65 ans	50,93 €	62,68 €	124,24 €
66 – 99 ans	62,58 €	75,37 €	99,80 €	66 – 99 ans	55,16 €	67,94 €	128,46 €
+ 99 ans	62,58 €	75,37 €	99,80 €	+ 99 ans	55,16 €	67,94 €	128,46 €

Tranches d'âge	Module 3	Module 6	Module 9
Enfants	1,13 €	1,65 €	2,89 €
18 – 28 ans	1,55 €	2,27 €	4,23 €
29 – 35 ans	1,55 €	2,27 €	4,23 €
36 – 40 ans	1,55 €	2,58 €	4,64 €
41 – 45 ans	1,65 €	2,68 €	5,16 €
46 – 50 ans	1,86 €	2,99 €	5,88 €
51 – 55 ans	2,06 €	3,40 €	6,60 €
56 – 60 ans	2,37 €	3,81 €	7,53 €
61 – 65 ans	3,61 €	5,36 €	8,45 €
66 – 99 ans	7,11 €	8,97 €	16,08 €
+ 99 ans	7,11 €	8,97 €	16,08 €

En application de l'article 7 des statuts de MIS Santé, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle. L'adhérent doit s'acquitter de la ou des cotisations dues au titre de ses ayants droit. Les ayants droit conjoints, (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) et enfants, doivent avoir la même garantie que l'adhérent. Sont exonérés du paiement des cotisations, le troisième enfant et les suivants au titre d'ayants droit de l'adhérent.

## → Article 4. Renonciation

En application des dispositions légales, le souscripteur peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'adhérent au siège social de MIS Santé, pendant un délai de quatorze jours à compter de la date de demande d'adhésion et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celle-ci pour le surplus.

## → Article 5. Tacite reconduction

La gamme de garanties se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois (et ce quelle qu'elle ait pu être leur durée initiale).

En application de la loi Chatel n° 2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit de renonciation de l'adhésion est rappelée à chaque avis d'échéance annuel et en toute hypothèse avant le 31 octobre.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, l'adhérent est informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction.

Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

## Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

### → Article 6. Objet des garanties mutualistes

La Mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie. Les prestations mutualistes servies aux adhérents ou bénéficiaires viennent en complément des prestations de Sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois le remboursement ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par l'adhérent.

Tous nos remboursements incluent le remboursement Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au 31/05/2017. Prestations valables dans le respect du parcours de soins.

### → Article 7. Ouverture des droits

#### **Règle générale**

L'adhésion prend effet au lendemain de la signature du bulletin d'adhésion et arrive à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se reconduit tacitement au 1er janvier de l'année suivante.

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au plus tard deux mois avant la date d'échéance.

#### **Délai de stage**

Le droit aux prestations est acquis pour tout événement dont le point de départ (date du premier jour fixé par le Régime Obligatoire) se situe, soit après la date d'effet de l'adhésion, soit après les délais de stage indiqués ci-dessous.

Le droit aux prestations prend effet dans un délai de :

- 3 mois pour les prestations médicales,
- 6 mois pour les prestations médico-chirurgicales,
- 12 mois pour les primes et participations.

Aucun délai de stage n'est imposé au nouvel adhérent (et ses ayants droit) dans les cas suivants :

- lorsque l'adhérent souscrit une garantie mutualiste 120 ;
- lorsqu'il produit, lors de son adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme assurant des prestations complémentaires à l'assurance maladie (mutuelles, sociétés d'assurances...), daté de moins de trois mois ;
- en cas d'accident, en raison du caractère aléatoire et incertain.

Aucun délai de stage n'est imposé pour les nouveau-nés inscrits dès leur naissance ou encore les nouveaux ma-

riés dans les trois mois suivant leur mariage.

## → Article 8. Prestations valables dans le respect du parcours de soins

### Risques couverts

Les risques couverts sont définis annuellement par le tableau des prestations approuvé par Assemblée Générale.

### Taux de prestations

Les taux de prestations des différentes garanties sont définis dans le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale.

	Taux Sécurité sociale*	Remboursement taux Sécurité Sociale + Mutuelle		
		1	4	7
<b>PRESTATIONS MEDICALES</b>				
<b>Médecins Généralistes – Spécialistes (1)</b>				
<i>Consultation – visite – indemnités de déplacement</i>	70 %	100 %	140 %	180 %
<b>Pharmacie</b>				
<i>Vignette blanche</i>	65 %	100 %	100 %	100 %
<i>Vignette bleue</i>	35 %	100 %	100 %	100 %
<b>Analyses</b>				
<i>Prises en charge par la SS</i>	60 %	100 %	140 %	180 %
<b>Radiologie</b>	70 %	100 %	140 %	180 %
<b>Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement</b>	60 %	100 %	140 %	180 %
<b>Ostéodensitométrie (par examen)</b>	70 %	100 %	100 %	100 %
<b>PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES</b>		2	5	8
<b>Dentaire</b>				
<i>Soins dentaires</i>	70 %	100 %	100 %	130 %
<i>Orthodontie enfants de moins de 16 ans</i>	100 %	150 %	180 %	230 %
<i>Prothèses acceptées par la SS(2)</i>	70 %	130 %	170 %	280 %
<i>Prothèses non prises en charge médicalement par la SS(3)</i>	0 %	130 %	170 %	280 %
<i>Prothèses prises en charge à 100 % par la SS</i>	100 %	130 %	170 %	280 %
<i>Prothèses consécutives à un accident(4)</i>		152,00 €	152,00 €	152,00 €
<b>Optique</b>				
<i>Monture, verre, lentilles acceptées par la SS(5)</i>	65 %	100 %	130 %	170 %
		+ 125,00 €	+ 200,00 €	+ 300,00 €
<i>Lentilles non acceptées par la SS(5)</i>	-	61,00 €	122,00 €	200,00 €
<i>En cas d'accident(4)</i>	-	152,00 €	152,00 €	152,00 €
<b>Orthopédie – Appareillages divers(5)</b>				
<i>Toutes prothèses et appareillages</i>	65 %	100 %	130 %	155 %
		+ 228,00 €	+ 228,00 €	+ 228,00 €
<b>Prothèses auditives(5)</b>				
<i>Forfait supplémentaire (acquisition)</i>	65 %	100 %	130 %	150 %
		+ 228,00 €	+ 228,00 €	+ 228,00 €
<b>Hospitalisation</b>				
<i>Tous actes et soins</i>	80 %	100 %	130 %	150 %
<i>Franchise 18 € sur acte &gt; 120 €</i>	0 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<i>Actes d'Anesthésiste (ADA)</i>	80 %	100 %	130 %	150 %
<i>Forfait Journalier Hospitalier(6)</i>	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<i>Indemnités chambre individuelle(7)</i>	-	33,00 €	37,00 €	42,00 €
<i>Indemnités lit d'accompagnement enfant(8)</i>	-	33,00 €	37,00 €	42,00 €

<b>Actes médicaux et chirurgicaux sans hospitalisation</b>	<b>70 %</b>	<b>100 %</b>	<b>130 %</b>	<b>150 %</b>
<i>A.T.M. et A.D.C</i>	<b>70 %</b>	<b>100 %</b>	<b>130 %</b>	<b>150 %</b>
<i>Frais de salle d'opération</i>	<b>65 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Transport</b>	<b>65 %</b>	<b>100 %</b>	<b>130 %</b>	<b>150 %</b>
<b>AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS</b>		<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
<b>Cures thermales(5)</b>	<b>65 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
		<b>+ 76,00 €</b>	<b>+ 122,00 €</b>	<b>+ 155,00 €</b>
<b>Vaccins(5)</b>	<b>-</b>	<b>50,00 €</b>	<b>76,00 €</b>	<b>90,00 €</b>
<b>Naissance, adoption(9)</b>	<b>-</b>	<b>150,00 €</b>	<b>300,00 €</b>	<b>450,00 €</b>

Taux de prestations :

(1) : Limitation à 40 consultations/personne/an pour la neuropsychiatrie.

(2) : Limitées à 600 € la première année.

(3) : Limitées à 3/personne/an dans la limite de 600 € la première année.

(4) : Voir conditions d'application dans le règlement mutualiste.

(5) : Dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année.

(6) : Limitation à 70 jours/personne/an.

(7) : Limitation à 30 jours/personne/an et à 7 jours dans le cadre de la maternité.

(8) : Limitation à 21 jours/personne/an.

(9) : Pour bénéficier du forfait naissance, l'adhérent doit justifier d'au moins 10 mois d'adhésion aux Modules 3, 6 ou 9.

\* Tarifs en vigueur au 31/05/2018.

### Prestations des garanties

Les prestations des garanties de la mutuelle sont identiques pour les adhérents, soumis au régime général de Sécurité Sociale et ceux soumis au régime spécial des TNS (travailleurs non-salariés). Les forfaits sont annuels et sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année. Les prothèses non acceptées par la Sécurité Sociale sont remboursées après accord préalable de la mutuelle. En cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier s'effectue aux frais réels.

### Actes de prévention

Les vaccinations relatives aux Actes de Prévention comprennent la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite : tous âges. Le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (AM024) sont pris en charge dans le cadre des Actes de Prévention à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

### Risques limités

Prestations médicales et médico-chirurgicales :

- Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge est limitée à un maximum de 40 consultations par année civile ;
- Pour les soins d'orthodontie dento-faciale, les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse d'Assurance Maladie avant le 16ème anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie ne sont pas pris en charge par notre organisme ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier s'effectue à hauteur des frais réels et est limité à 70 jours par an ;
- Le versement d'indemnité pour « lit d'accompagnant enfant » est limité à 21 jours par an, sur présentation de facture(s) pour les hospitalisations en chirurgie ;
- Le versement d'indemnités pour « chambre individuelle » est limité à 7 jours par accouchement et 30 jours dans les services de médecine, de convalescence et de réadaptation ;
- Les forfaits sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année ;
- Pour les cures thermales sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie sont remboursés pour la part mutuelle sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie ou de la facture de l'établissement.

### Risques exclus

Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident sont exclus.

## → Article 9. Cessation des droits

Les droits aux prestations mutualistes cessent à compter de la date de début des soins, après deux ans et jusqu'au premier jour du trimestre civil suivant. Toutes les actions dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la Mutualité sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- 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 de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours à un tiers, le délai de prescription ne court que, du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou du jour où ce tiers a été indemnisé par celui-ci.

## → Article 10. Dates de prise en compte pour la détermination du droit aux remboursements des prestations

1/ Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : date des soins. En cas d'actes en série, la date de chaque acte est prise en considération.

2/ Actes des praticiens auxiliaires : date de la prescription.

3/ Médicaments, accessoires, pansements, optique, autres fournitures : date de prescription lors de la première exécution de l'ordonnance, la date d'achat pour les renouvellements.

4/ Prothèses dentaires et autres : il sera fait référence à la législation de la Sécurité sociale.

5/ Appareillage : date d'accord du contrôle médical ; si le contrôle médical ne matérialise pas son accord, la date prise en considération est la date de la demande d'accord du contrôle médical + quinze jours.

6/ Analyses médicales : date de prescription lors de la première exécution, date d'exécution pour les renouvellements.

7/ Transports : la date du déplacement pour les transports en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public.

8/ Hospitalisation : pour les frais de séjour et honoraires, prise en considération de chaque journée d'hospitalisation.

9/ Cures thermales : date de prescription de la cure thermale (ou date de la demande d'accord du contrôle médical).

10/ Cas particuliers : lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis par un organisme de prévoyance (assurance maladie ou autre) qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisés sur le décompte.

11/ Les forfaits : date de prescription lors de la première exécution de l'ordonnance, date d'achat pour les renouvellements sur présentation de la prescription médicale et de la facture, date de naissance pour le forfait maternité sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance ou de l'extrait de naissance.

### **Modalités de remboursement**

L'adhérent doit communiquer les feuilles de soins établis par les professionnels de santé destinés à la mutuelle. L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur. En cas d'impossibilité pour l'adhérent de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il doit certifier sur l'honneur, que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

Pour les garanties qui le prévoient, l'adhérent doit présenter un document justifiant de son paiement de la prestation :

- Ostéopathie ou chiropraxie : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée par séance ;
- Ostéodensitométrie : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée avec la désignation de l'examen ;
- Implants dentaires : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée.
- Lentilles de contact refusées : la participation annuelle est versée sur présentation de la facture acquittée et de la prescription portant la mention "hors TIPS" ;
- Appareillage et fauteuil roulant : les participations sont attribuées sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat ;
- Acoustique : la participation est attribuée sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.

## → Article 11. Frais de traitement

### Effet et cessation des garanties

- Effet des garanties : au moment de l'adhésion.
- Cessation des garanties : lorsque l'assuré cesse d'appartenir au groupe assuré.

### Autres obligations

- Déclaration des sinistres : au plus tard dans les 5 jours suivant l'événement pouvant ouvrir droit aux prestations.
- Pièces justificatives : les prestations ne sont réglées qu'après réception des pièces.

### Objet de la garantie

Dans le cas d'un accident entraînant des soins prescrit médicalement (frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance), la mutuelle ajoute à ses remboursements cités précédemment, un forfait supplémentaire de 152 € qui restent à la charge de l'adhérent après remboursement de la Sécurité sociale. Le plafond de garantie est de 456 € par an et par personne (dont frais afférents aux appareils d'orthopédie, de lunettes et de prothèses, y compris prothèses dentaires).

N.B : Ce contrat mutualiste permet aux travailleurs indépendants non-salariés professions libérales grâce à l'adhésion à l'ANIP (Association loi 1901) de bénéficier des avantages de la loi Madelin.

## → Article 12. Changement de garantie

Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations plus élevé, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle. L'adhérent doit alors conserver cette garantie mutualiste jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations inférieur, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle. En revanche, l'adhérent doit justifier de son adhésion à la garantie initiale depuis le 1er janvier de l'année en cours.

## → Article 13. Fonds d'entraide mutualiste

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, MIS Santé peut accorder des allocations exceptionnelles à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires sont les adhérents de MIS Santé.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Les domaines d'intervention du fonds mutualiste sont :

- aider les adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leur cotisation du régime complémentaire d'assurance maladie,
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de MIS Santé se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Toute personne souhaitant bénéficier d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de MIS Santé une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter et ce totalement ou partiellement.

La constitution du fonds d'entraide mutualiste est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

## → Article 14. Modalités de résiliation

### **14.1 Résiliation annuelle**

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant, au siège social de MIS Santé, une lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant le 31 décembre de chaque année, date d'échéance du contrat mutualiste (soit donc avant le 31 octobre de la même année), le cachet de la Poste faisant foi, ou sauf si la loi ou le règlement en disposait autrement.

### **14.2 Cas de résiliations exceptionnelles en cours d'année**

#### Cadre général

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion en adressant, au siège social de MIS Santé, une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation. La nature des pièces attendues est précisée dans les paragraphes suivants pour chacun des cas de résiliation autorisés. La prise en compte de la demande de résiliation anticipée ne peut intervenir qu'une fois que MIS Santé est en possession de toutes les pièces justificatives.

La garantie complémentaire prend alors fin le dernier jour du mois en cours.

MIS Santé rembourse à l'adhérent la partie des cotisations correspondant à la période non couverte par la garantie, période calculée à compter de la date de fin de la garantie jusqu'à la fin initialement convenue et/ou théorique de la garantie, si celle-ci n'avait pas fait l'objet d'une résiliation anticipée.

#### **Résiliation suite à l'adhésion d'un contrat collectif obligatoire**

Justificatif attendu : attestation tamponnée et signée de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat.

#### **Résiliation suite à l'obtention de la Couverture Maladie Universelle (CMU)**

Justificatif attendu : attestation de droits à la CMU délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

#### **Résiliation suite à la souscription à une complémentaire santé entrant dans le dispositif ACS**

Justificatif attendu : attestation de souscription au contrat ACS mentionnant la date de début des droits de la garantie.

#### **Résiliation pour un départ à l'étranger**

MIS Santé accepte les demandes de résiliation en cours d'année pour cause de départ à l'étranger si la durée du séjour chevauche d'au moins 6 mois la durée de la garantie.

La garantie prend fin le dernier jour du mois au cours duquel le départ à l'étranger a lieu seulement si la demande de résiliation est antérieure à la date de départ prévue.

Justificatif attendu : billet d'avion, bail à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger.

#### **Résiliation suite à une affiliation à un régime spécial**

Justificatif attendu : attestation de l'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale et à la complémentaire santé du même organisme.

#### **Résiliation suite au changement ou à la disparition des conditions d'adhésion liées au champ de recrutement**

Ainsi que l'édicte l'article L.221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

## **→ Article 15. Traitement des réclamations • Médiation • Autorité de contrôle**

### **15.1 Sur les réclamations**

Pour toutes les réclamations concernant votre garantie complémentaire (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à votre disposition :

- par téléphone, du lundi au vendredi de 09 heures 00 à 17 heures 00, au 04 26 317 910 (appel non surtaxé) ;
- par courrier à l'adresse suivante : MIS Santé, Service gestion • CS 30041 • 13417 Marseille Cedex 8 ;
- par email : via notre formule de contact disponible à l'adresse <http://www.mis-sante.fr/Nous-sommes-a-votre-ecoute/p/5/0/0/>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 7 jours puis une réponse sera adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de votre réclamation, et ce sous un délai maximum d'un mois.

### **15.2 Sur la médiation**

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel.

Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la mutuelle.



Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes.

Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par écrit, à l'adresse suivante :  
Médiateur de la FNIM  
4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;
- par email : [mediateur@fnim.fr](mailto:mediateur@fnim.fr).

Pour consulter la charte de médiation : [www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html](http://www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html)

### **15.3 Sur l'autorité de contrôle**

En application de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle de l'État sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : ACPR • 4, place de Budapest • CS 92459 • 75436 Paris Cedex 09 ;
- téléphoner au 08 111 901 801 (prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 08 heures 00 à 18 heures 00, du lundi au vendredi) ;
- se rendre sur son site internet : [www.abe-infoservice.fr](http://www.abe-infoservice.fr).