

ARTICLE 1 – OBJET

Les garanties "frais médicaux" ont pour objet, en cas de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations de la Mutuelle SMI sont les membres participants et leurs ayants-droit figurant sur le bulletin d'affiliation.

Les ayants-droit sont ceux reconnus au titre des remboursements par la Sécurité Sociale française. Peuvent être concernés le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS), les enfants à charge et les ascendants à charge ainsi que les bénéficiaires au sens de l'article L161-14 du code de la Sécurité Sociale.

Le nouveau-né est garanti à la date de sa naissance si la demande d'affiliation en qualité d'ayant droit en est faite à la Mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts).

ARTICLE 2 – MODALITES D'AFFILIATION/RESILIATION

L'affiliation individuelle prend effet au 1er jour du mois de réception de la demande de souscription, pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année. Elle se poursuit ensuite par tacite reconduction sauf en cas de demande de résiliation.

Pour les membres participants inscrits individuellement, la demande de résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec AR, reçue au plus tard, le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier.

En cas de résiliation, le membre participant doit retourner les cartes de tiers payant valides qui sont en sa possession.

Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et liberté", le membre participant peut obtenir à tout moment communication et le cas échéant, rectification des informations détenues, sur simple demande écrite à la Mutuelle SMI.

ARTICLE 3 – PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations au verso viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire de l'assuré, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire du membre participant et/ou de ses ayants-droit entraîne l'absence de remboursement de la Mutuelle SMI, sauf stipulation expresse contraire.

Les prestations accordées prennent en charge, dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et des textes pris pour son application, les prestations liées à la prévention, aux consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale.

Dans le cas où la définition légale ou réglementaire du « contrat responsable » viendrait à être modifiée, les garanties du contrat SMI seraient réputées respecter les nouvelles dispositions légales. Les prestations dues ou interdites dès lors prévues par les textes, seront considérées comme intégrées à la définition des garanties.

Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment ou par erreur des prestations, la Mutuelle se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

Peuvent être exclus, les membres qui auraient causé volontairement, aux intérêts de la Mutuelle, un préjudice dûment constaté.

Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'ouverture des droits ne sont pas remboursables, la date de référence étant la date de prescription ou celle figurant sur le décompte.

La Mutuelle SMI se réserve le droit, avant ou après le paiement des prestations et afin d'éclaircir sa décision de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

La Mutuelle SMI peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Aucune prestation ne sera servie, ni après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et de la dépense réellement engagée, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les remboursements des frais ne peuvent excéder le montant restant à la charge du membre participant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

ARTICLE 4 – PROCEDURES DE REMBOURSEMENTS

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la Mutuelle SMI :

• soit par télétransmission de type « NOEMIE » ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire,

• soit sur présentation par le membre participant, des décomptes ou relevés de décomptes du Régime Obligatoire, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement. Seuls les documents originaux seront pris en compte par la Mutuelle SMI

Aucun des documents reçus par la Mutuelle SMI pour effectuer ses remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

ARTICLE 5 – FORCLUSION

Le membre participant ne pourra prétendre au bénéfice des prestations servies par la Mutuelle SMI, pour tout décompte de son régime obligatoire, factures, tickets modérateurs et autres documents, présentés deux ans après la date de soins.

Ce délai s'applique également pour le versement des allocations mariage et naissance, à compter de la date de l'événement ; pour ce qui concerne la prestation « Obsèques », la prescription est de 10 ans à compter de la date de l'événement.

ARTICLE 6 – RISQUES EXCLUS

Les garanties ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation mentionnée aux II et III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ; cette participation reste donc à la charge des membres participants et de leurs ayants-droit.
- conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et selon les conditions fixées par les textes pris pour son application :
 1. la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'aurait pas choisi de médecin traitant ou consulterait un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,
 2. les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.
 3. les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
 4. tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

A moins qu'elles ne soient prises en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les dépenses de santé et d'une façon générale tous les frais résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire.
- d'une cause non liée directement par une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse.
- de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie
- du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissements et/ou services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques.
- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

En toute hypothèse, et conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, le contrat prendra en charge les remboursements du contrat responsable.

ARTICLE 7 – POINTS SPECIFIQUES**Auxiliaires de vie :**

Si prévu au contrat, versement à réception :

- Soit de factures originales acquittées accompagnées d'une prise en charge d'un organisme social (CAF, CNAV)
- Soit de chèques emplois services accompagnés d'un certificat médical précisant la nécessité d'une auxiliaire de vie.
- **Prothèses Hors Nomenclature** : Les remboursements de prothèses Hors Nomenclature ne seront effectués au titre des prothèses non remboursées que pour les prothèses réalisées sur dent vivante ou n'utilisant pas la technique de coulée métallique en cas de remplacement d'une dent ;
- **Maternité** : la prime de naissance est versée sur justificatif, pour un même assuré, uniquement pour les enfants issus d'un même lit, nés au cours de la même année .
- **Allocation Obsèques** : Allocation versée sur présentation d'une facture originale acquittée et d'un acte de décès ; les frais seront remboursés à la personne ayant réglé la facture des frais d'obsèques, dans la limite de la dépense engagée.

ARTICLE 8 – PRESCRIPTION – CONTESTATION – DECHEANCE

Toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement effectué par la Mutuelle SMI

- En cas de contestation d'un remboursement, le membre participant a la faculté d'adresser une demande au responsable du service Prestations de la Mutuelle SMI
- En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; la Mutuelle SMI peut prononcer ensuite l'annulation des droits aux prestations et l'exclusion du membre participant, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

ARTICLE 9 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles sise 61, rue de Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 - France.

ARTICLE 10 – COTISATIONS – REVISION – RECouvreMENT

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la Mutuelle SMI, le souscripteur et la Mutuelle SMI s'engagent à réviser les cotisations à compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles. En cas de désaccord, les cotisations et les garanties resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avant les modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale ; ces modifications ne pouvant en aucun cas augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle SMI.

A défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue après un délai de 30 jours à compter de la date de première présentation d'une lettre de mise en demeure .

La mutuelle SMI est en droit de résilier les garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours.

Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont imputés au membre participant. Les cotisations restant dues seront majorées des pénalités calculées au taux légal, majoré de 50 %.

En tout état de cause, les cotisations antérieures restent dues à la Mutuelle SMI et celle-ci a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

ARTICLE 11 – SUBROGATION (Extrait de l'Art. 27 des Conditions Générales des contrats « Frais de santé » de la mutuelle SMI, dont dépendent les garanties au verso)

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants et aux ayants-droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par la Mutuelle à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 12 – PORTABILITE DES DROITS

Depuis le 01/07/09, le membre participant radié des effectifs de l'entreprise (sauf pour faute lourde) peut maintenir l'ensemble de ses garanties complémentaires pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, prise en compte en mois entiers dans la limite de 9 mois, sous réserve de bénéficier de l'assurance chômage et d'en faire la demande auprès de son employeur ; la répartition du financement employeur/salarié reste identique.

ARTICLE 13 – DISPOSITIONS LOI EVIN

Dans le cadre d'un contrat collectif à caractère obligatoire et en application de l'article 4 de la loi EVIN, tout salarié venant à bénéficier, soit d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, soit d'une pension de retraite du régime de Sécurité Sociale ou de prestations de chômage par suite de privation d'emploi, ou cessant d'appartenir au personnel du souscripteur, bénéficie de la faculté de continuer à être couvert par une garantie de frais médicaux et chirurgicaux, sous réserve d'en faire la demande auprès de la Mutuelle SMI au plus tard dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail. Les tarifs, applicables en pareil cas, peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par décret.

Les ayants droit garantis du chef d'un membre participant décédé et qui étaient mentionnés sur le bulletin individuel d'adhésion du membre participant peuvent bénéficier de la faculté de continuer à être couverts pendant douze mois moyennant le paiement d'une cotisation, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

Les salariés cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur pour d'autres motifs, ont la possibilité de souscrire à titre individuel, dans les trois mois suivant leur départ de l'entreprise, une garantie de frais médicaux et chirurgicaux, dans les conditions en vigueur au jour de la demande.

POUR CONTACTER SMI

2 rue de Laborde - 75374 PARIS Cedex 08
11 place Bellecour - 69288 LYON Cedex 02
2, rue du Capitaine Bernard - 97300 Cayenne

• **Serveur vocal SMI SANTE disponible 7j/7 - 24 h/24**
☎ 08.90.64.91.66 (0,15 € / min à partir d'un poste fixe)

• **Site Internet** : www.mutuelle-smi.com

• **Service «Relation Adhérents»** du lundi au vendredi (N° d'appel figurant sur votre certificat d'adhésion.)