



## NOTICE D'INFORMATION DES RÉGIMES MÉDICAUX PREVOYANCE

■ **Gammes Libra Santé / Plénitude- NI01-092014**

## PRÉAMBULE

L'Association « Régimes Médicaux Prévoyance » a souscrit un contrat collectif facultatif à adhésion individuelle ouvert à ses adhérents. Ce contrat est garanti par la Mutuelle JUST, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 19 rue de la Poste à Valenciennes (59300), inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 783 864 150.

Les dispositions de la présente notice, complétée par une annexe détaillant les prestations servies, définissent les garanties « frais de santé » assurées et régissent les relations entre l'adhérent et la Mutuelle.

La Mutuelle JUST délègue la gestion au gestionnaire : POP SANTE – BP 39 – 84170 MONTEUX

Le contrat se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants,
- Un exemplaire des statuts de l'association RMP (disponible à l'adresse mail : association.rmp@popsanté.fr),
- Un exemplaire des statuts de la Mutuelle JUST (disponible sur demande auprès du gestionnaire POP SANTE).

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

## OBJET DE D'ADHÉSION

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

## CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission à la présente assurance en qualité d'adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- relever du Régime Obligatoire français ou du régime général des Travailleurs Non-Salariés,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de :

Gamme	Âges possibles à l'adhésion (*)
Gamme Libra Santé (L1, L2 et L3)	18 à 65 ans maximum
Gamme Plénitude (P100, P125, P150)	65 ans minimum

(\*) âge calculé par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance.

En adhérant aux garanties Libra Santé ou Plénitude, vous devenez membre participant de la Mutuelle JUST, conformément à l'article L 221-2 III du Code de la Mutualité. A ce titre, un exemplaire des statuts de la Mutuelle JUST vous est remis lors de votre adhésion. En votre qualité de membre participant, vous êtes représenté à l'assemblée générale de la Mutuelle JUST, conformément à l'article L 114-6 du Code de la Mutualité, selon les dispositions statutaires de la Mutuelle JUST.

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de cette gamme.

## MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes Dispositions Générales et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- son conjoint,
- personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement
- son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune
- son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité
- les enfants,
- âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint,
- âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
  - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
  - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
  - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi, sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.
- Les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (L1, L2 ou L3 pour la gamme Libra Santé ou P100, P125, P150 pour Plénitude).

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, qu'elle que soit le niveau de garanties choisi.

## PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue à la date d'émission du certificat d'adhésion.

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, la date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au plus tôt le 1er jour du mois suivant la date de réception du dossier complet.

Le contrat est conclu pour une période initiale se terminant le 31 décembre de son année de prise d'effet.

A l'expiration de cette période et sauf stipulation contraire, le contrat est ensuite reconduit d'année en année à l'échéance qui est fixée au 1er janvier, avec une possibilité de résiliation comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION ».

## RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

### Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante : POP Santé - BP 39 - 84170 MONTEUX

Lorsque la résiliation est du fait de la mutuelle, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

### Conséquences de la résiliation

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

### Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son contrat à l'échéance moyennant un préavis de deux mois.

L'adhérent adressera sa demande à la mutuelle par lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour du premier anniversaire ou au jour de l'échéance principale à 0 heure,

- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

### Résiliation par la mutuelle

La mutuelle peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L221-7 du Code de la Mutualité), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie. La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

### Résiliation par l'adhérent ou par la mutuelle

L'adhérent ou la mutuelle peut résilier le contrat :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour la mutuelle.

La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

### Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit :

- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

**- en cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1<sup>er</sup> jour qui suit le 1<sup>er</sup> anniversaire du départ.**

## DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

### À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

### En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,

- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante : POP Santé - BP 39 - 84170 MONTEUX

**Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'observation de ce délai, si elle cause un préjudice à la mutuelle, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.**

**En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, la mutuelle pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si la mutuelle avait eu connaissance exacte de la situation de l'adhérent.**

## CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié à un Régime Obligatoire français d'assurance maladie.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

## ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

## GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La gamme comporte plusieurs niveaux de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé aux présentes Dispositions Générales, sont exprimés, suivant le cas :  
 • En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,  
 • En Frais réels (FR),  
 • En montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie par année d'assurance et par Bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Le tarif en vigueur auquel se réfère la mutuelle pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

**Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.**

**De convention expresse, la mutuelle est de plein droit habilitée à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.**

## EXCLUSIONS

**Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.**

**Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».**

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de séjour en centres hospitaliers de moyens et longs séjours ainsi que

**pour les personnes âgées dépendantes,**

- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'adhérent des prescriptions du médecin.

**Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables » et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».**

## CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 ET R871-2 du code de la Sécurité sociale).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

## MODIFICATIONS DES GARANTIES

### ■ À la demande de l'adhérent

**A l'échéance principale :** L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance du contrat.

Toutefois, une diminution du niveau de garantie ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet d'un avenant s'il fait suite à une augmentation du niveau de remboursements.

**Hors échéance principale :** L'adhérent a la possibilité de demander par écrit un changement de niveau lui permettant de bénéficier d'un niveau de garantie supérieur.

La modification des garanties de l'adhérent et ses ayants droit prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un recalcul des plafonds annuels (proratization).

En cas de modification de cotisation, la différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à la mutuelle conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

### ■ À la demande de la mutuelle

Le contrat peut être modifié sur proposition de la mutuelle, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « Cadre juridique du contrat dit responsable ») : dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'adhérent sera informé par courrier simple, la mutuelle étant expressément dispensée de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de la mutuelle dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

## AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

### À l'échéance principale :

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date d'échéance principale du contrat, en prévenant la mutuelle au plus tard deux mois avant l'échéance principale du contrat.

### Hors échéance principale :

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de l'adhésion prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification de

l'adhésion prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, la mutuelle pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

**Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.**

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à la mutuelle conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

## **ADAPTATION DU CONTRAT PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, la mutuelle se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

## **PRESTATIONS**

### **Remboursement des prestations**

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion :

POP Santé - BP 39 84170 MONTEUX

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 48 heures qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des adhérents géré par POP Santé.

### **Télétransmission**

La transmission des décomptes de remboursements des adhérents bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à POP Santé – BP 39 – 84170 MONTEUX.

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

### **Tiers payant**

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ou sur simple demande à POP Santé – BP 39 – 84170 MONTEUX.

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à la mutuelle les prestations indûment réglées aux praticiens

postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

### **Justificatifs à produire**

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à POP Santé – BP 39 – 84170 MONTEUX, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier et les actes non pris en charge par le régime obligatoire,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier, le lit accompagnant
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- Le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées,
- La facture détaillée et acquittée des frais engagés pour les prothèses dentaires nomenclaturées et refusées ainsi que les implants,
- En cas de traitement par chimiothérapie, le certificat médical justifiant du traitement ainsi que la facture acquittée et détaillée mentionnant la codification de la prothèse si prise en charge par le régime obligatoire.
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans,
- Pour les vaccins non remboursés, la facture détaillée et acquittée,
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Pour l'ostéodensitométrie, la facture détaillée et acquittée,
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, la mutuelle pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

**L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.**

## **CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE**

### **Contrôle des dépenses**

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

**À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.**

En fonction du résultat de ces contrôles, la mutuelle se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

**De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, la mutuelle pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.**

### **Procédure d'Expertise**

Les médecins et délégués missionnés par la mutuelle auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

### **Arbitrage**

• En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que la mutuelle a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

• Chacun des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre 4

recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

## COTISATIONS

### Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

### Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance du contrat.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de :

- modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- changement de garanties
- changement ou modification du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ajout ou sortie de bénéficiaire,
- changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

### Révision de la cotisation

La mutuelle peut également être amenée à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

La cotisation évolue chaque année contractuellement à la date anniversaire de la prise d'effet de la garantie de :

**2% chaque année jusqu'à 60 ans**

**2.5% chaque année de 61 à 70 ans**

**3% à partir de 71 ans.**

**À ces taux s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe garanti. Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année, sur décision de la Mutuelle, au 1<sup>er</sup> janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge de l'adhérent venait à être augmentée par une réglementation ultérieure de la Sécurité Sociale ou par tout nouveau texte législatif ou réglementaire à effet immédiat.**

### Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

### Défaut de paiement

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de l'adhésion seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et la mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

### Loi Madelin

Pour les adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée et percevant à ce titre des BIC ou des BNC ou une rémunération relevant de l'article 62 du CGI, les garanties santé sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin ». Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à POP Santé – BP 39 – 84170 MONTEUX une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

## SUBROGATION

En vertu du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

## PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la Mutualité :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et 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 accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

## EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

Tout réclamation est à formuler auprès du conseiller habituel du souscripteur.

Si celui-ci estime ne pas avoir eu de réponses suffisante, elle peut présenter sa réclamation auprès du Service «Réclamations», par écrit au siège de la Mutuelle .

Le Mutuelle adressera alors un accusé de réception dans les 10 jours ouvrés de la réception de la demande, l'informant que celle-ci fait l'objet d'un traitement et s'engageant à formuler une réponse dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation.

Tout litige, dans la mesure où il n'aura pas été résolu par des démarches administratives courantes, pourra être soumis à la Commission de la Mutuelle «conflits, contrôle, politique», et ce avant toute procédure auprès des tribunaux compétents.

La commission de recours doit être saisie par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Commission Conflits, Contrôle, Politique  
Mutuelle Just' En Famille  
19 rue de la Poste - CS 30259  
59306 VALENCIENNES Cedex

La commission de contrôle se réunit dans les trois mois de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception et transmet sa réponse dans un délai maximum de dix jours après sa réunion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le requérant peut demander à être entendu par la commissions'il le souhaite.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les actions de prévention ou les secours exceptionnels doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 6 mois

à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement par la Mutuelle.

## **INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Les informations à caractère personnel recueillies par la mutuelle ou son délégataire POP Santé sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes d'adhésion ou de gestion du présent contrat. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités de la Mutuelle JUST, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire POP Santé peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'adhérent peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :  
POP Santé - BP 39 84170 MONTEUX

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par la mutuelle pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS »

## **AUTORITÉ DE CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :  
L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

## **RENONCIATION A L'ADHÉSION**

Conformément à l'article L 223-8 du Code de la Mutualité, " tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion auprès d'une mutuelle ou par l'intermédiaire de celle-ci auprès d'une union a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 223-8 du Code de la Mutualité – l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception. Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de trente jours précités.

« Je soussigné \_\_\_\_\_, N° d'adhésion \_\_\_\_\_, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

« Signature ».

## **VENTE A DISTANCE : CONCLUSION DU CONTRAT ET DROIT DE RENONCIATION**

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de «une ou plusieurs techniques de

communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion de l'adhésion».

### **Modalité de conclusion du contrat**

L'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier d'adhésion signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission du certificat d'adhésion). À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la mutuelle d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'adhérent a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la mutuelle d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

### **Droit de renonciation**

Conformément à l'article L 121-20 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, la mutuelle sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à POP Santé – BP 39 – 84170 MONTEUX, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné \_\_\_\_\_, N° d'adhésion \_\_\_\_\_, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

« Signature ».

Ce contrat est garanti par la Mutuelle JUST, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 19 rue de la Poste à Valenciennes (59300), inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 783 864 150.