



# REGLEMENT MUTUALISTE

Approuvé par décision de l'assemblée générale mixte  
du 24/10/2002

Modifié par décisions des assemblées générales mixtes  
du 09/07/2003, 06/07/2004, 28/06/2005, 04/07/2006, 22/06/2007 et du 25/06/08

**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 Registre National des Mutuelles sous le N°781166293

Siège Social :  
**6 à 14, rue du Piave**  
**16920 – ANGOULEME CEDEX 9**

# SOMMAIRE

## Règles Générales

I - Définition des membres de la mutuelle	3
li - Adhésions	4
lii - Cotisations	7
Iv - Prestations et garanties	8
V - Déchéance	8
Vi - La fin de l'adhésion : démission, suspension, radiation, exclusion	8

## Annexes par garantie

ANNEXE I : Garantie Remboursement de Frais de Soins de Santé	11
ANNEXE II : Tableaux des Garanties Remboursement Frais de Soins de Santé	
ANNEXE III : CMU Complémentaire	15
ANNEXE IV : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (A.C.S.)	20
ANNEXE V : Garantie Allocation Hospitalière Complémentaire	23

Le présent règlement mutualiste est régi par le nouveau Code de la mutualité tel qu'institué par l'ordonnance N°2001-350 du 19/04/2001, complétée par les directives communautaires et les décrets s'y rattachant.

Il a pour objet de définir les droits et obligations réciproques de la Mutuelle et de ses membres participants et les conditions dans lesquelles la mutuelle met en œuvre des couvertures pour les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ainsi que pour les risques consistant à contracter des engagements dont l'exécution dépend de la vie humaine, risques pour lesquels la mutuelle est habilitée à fonctionner.

Une définition propre à chaque risque garanti figure en annexes au présent règlement.

## Règles Générales

### I - Définition des membres de la mutuelle

La mutuelle est composée de membres participants, de membres honoraires et d'ayants droit.

#### 1. Les membres participants

Sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier à leurs ayants droit ou bénéficiaires des prestations de la mutuelle.

A ce titre, toute personne relevant du secteur privé ainsi que du secteur public peut adhérer librement à la mutuelle.

Les mineurs de plus de seize ans peuvent également sur leur demande faire partie de la mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal, conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du code de la mutualité.

Les membres participants sont tenus d'informer la mutuelle que leurs ayants droit de plus de seize ans peuvent percevoir à titre individuel les prestations de la mutuelle.

#### 2. Les membres honoraires

Sont les personnes physiques ou morales telles que définies dans l'article 7 des statuts et ayant fait l'objet d'un agrément par le conseil d'administration.

### 3. Les ayants droit

Les ayants droit n'ont pas la qualité de membre participant de la mutuelle.

Par ayants droit, il faut entendre les conjoints, les concubins, les partenaires liés au membre participant par un PACS ainsi que les enfants mineurs (légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis).

Les enfants majeurs poursuivant soit des cycles d'études soit un cycle de pré-apprentissage, peuvent - sous certaines conditions et justificatifs (exemple : certificat de scolarité, contrat d'apprentissage) - être jusqu'à 25 ans considérés comme ayants droit.

Les enfants majeurs, de moins de 25 ans, demandeurs d'emploi non indemnisés ou jeunes sans ressource, s'ils sont à la charge de leurs parents au sens du régime obligatoire, peuvent être considérés comme ayants droit.

De même, peuvent être considérés comme ayants droit les personnes à charge ou conjoints ou concubins majeurs de nationalité étrangère, dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire et fournissent les justificatifs requis.

### 4. Les ayants droit d'ayants droit

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit mineur, des dispositions spécifiques sont prévues qui prennent également en compte le conjoint ou concubin d'un ayant droit à charge. Dans ces cas, il est prévu, postérieurement à l'événement entraînant la modification, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit. Dans ces cas, le nouveau-né, le conjoint ou le concubin acquiert par suite, la qualité d'ayant droit.

## II - Adhésions

### 1. Définition

L'adhésion à la mutuelle peut être effectuée à titre individuel ou à titre collectif :

Dans le cadre d'une opération individuelle, l'adhésion est souscrite par une personne physique sur la base d'un bulletin d'adhésion. Elle peut se faire soit directement par la personne intéressée soit par l'intermédiaire d'une personne physique personnellement mandatée par un groupe de personnes en vue d'assurer à ce dernier une couverture contre un ou plusieurs risques pour lesquels la mutuelle est agréée.

Dans le cadre d'une opération collective, l'adhésion se fait, à titre facultatif ou obligatoire, par l'intermédiaire d'un employeur, d'une personne morale ou de son représentant.

Dans le cadre d'une opération collective facultative, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale vont adhérer à la mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la mutuelle est agréée sur la base d'un bulletin d'adhésion et d'un contrat collectif signé par l'employeur ou la personne morale.

Dans le cadre d'une opération collective obligatoire, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux vont être tenus, sur la base d'un contrat souscrit par un employeur et d'un bulletin d'adhésion et/ou listing, de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques pour lesquels la mutuelle est agréée soit en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, soit des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif comporte notamment les mentions suivantes :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la définition de la ou des catégories de personnel visée(s) ;
- la désignation des ayants droit du personnel ou du membre participant ;
- la désignation du/des bénéficiaire(s) du capital souscrit par le membre participant ;
- la nature et le montant des garanties ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- le montant de la cotisation ;
- les délais de paiement de la cotisation.

### 2. Modalités

#### A - Information de la mutuelle

Durant son adhésion, l'employeur, la personne morale, le membre participant ou leur représentant s'engagent à répondre aux questions de la mutuelle relatives notamment :

-concernant la personne morale : à la nature de ses activités, au groupe qu'elle envisage de garantir, à son importance, à ses caractéristiques socio-démographiques, à la nature des garanties qu'elle envisage de souscrire, au caractère individuel ou collectif, obligatoire ou facultatif, des garanties ;

- concernant le membre participant : à sa situation familiale et professionnelle, à la nature de la garantie choisie, à/aux ayant(s) droit qu'il désigne comme bénéficiaires des prestations de la mutuelle.

#### B - Information du membre participant

Dans le cadre des opérations individuelles, la mutuelle s'engage à remettre au membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et le présent règlement ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

Conformément à la loi, le membre participant dispose d'un délai de réflexion avant d'adhérer définitivement à la mutuelle.

Dans le cadre des opérations collectives, le présent règlement ou une notice d'information est remis par la mutuelle à la personne morale, l'employeur ou son représentant qui s'engage à le remettre en même temps que les statuts à chaque membre participant.

La notice d'information qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque est établie par la mutuelle.

L'acte d'adhésion emporte acceptation des statuts de la mutuelle, du règlement mutualiste et des droits et obligations réciproques des parties au contrat collectif.

### 3. Prise d'effet

#### A - Adhésion à titre individuel

L'adhésion prend effet :

- le 1er jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours dudit mois ;
- le 1er jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au quinze du mois.

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

Selon le type de garantie souscrite, la date d'échéance du contrat, telle qu'indiquée sur le bulletin d'adhésion, est soit le 30 juin, soit le 31 décembre de l'année civile.

Ainsi, en cas d'adhésion prenant effet à une date autre que celles du 1er janvier ou du 1er juillet de l'année civile, 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 du présent règlement.

#### B - Adhésion à titre collectif

L'adhésion des membres participants prend effet, une fois le contrat collectif signé par les parties, à la date qui y est mentionnée.

La durée de l'engagement est librement déterminée par les parties.

Les modalités d'entrée et de sortie des salariés de l'entreprise sont notamment définies par le contrat ainsi que les modalités de mise en vigueur des garanties.

Le renouvellement du contrat s'effectue par tacite reconduction à la date d'échéance du contrat.

Dans les deux cas, l'adhésion est effective après le règlement de la première cotisation et confirmation de la mutuelle.

#### C - Délais d'attente

Le droit aux prestations prend effet soit immédiatement après l'adhésion soit à l'issue d'un délai d'attente déterminé (période qui suit l'adhésion ou l'extension d'une garantie pendant laquelle les soins pratiqués ne pourront être remboursés).

Les délais d'attente sont fonction de l'âge du membre participant et/ou de l'ayant droit désigné, de la nature de la garantie choisie.

La mutuelle dispense dans certains cas de l'application d'un délai d'attente, notamment selon les tranches d'âge et types d'adhésion.

L'état des prestations de la mutuelle ainsi que les délais d'attente par garantie figurent en annexes au présent règlement. Ils sont définis en fonction des conditions particulières de chaque garantie.

#### D - Droit d'adhésion.

Conformément à l'article 57 des statuts, la mutuelle peut demander le règlement d'un droit d'adhésion.

### 4. Modifications en cours d'adhésion

#### A - Modification de la situation du membre participant et/ou de ses ayants droit

La mutuelle doit être informée de toute modification survenant au cours de l'adhésion qui devra être accompagnée des pièces justificatives nécessaires afin d'être prise en compte.

Ces changements peuvent notamment être liés :

- à l'identification des ayants droit, des bénéficiaires ;
- au passage de l'état d'actif à l'état de préretraité, de retraité, de chômage ou d'inactivité ;
- à la démission, au licenciement d'un membre participant ;
- au passage du conjoint ou de l'ayant droit à la qualité d'adhérent ;
- à l'âge, à la composition familiale (mariage, divorce, naissance, adoption,...) ou au décès ;
- à une modification administrative (identification/adresse/numéro d'immatriculation au régime obligatoire...);
- à une modification de la garantie choisie ;
- à une modification du régime obligatoire ;
- au décès du membre participant ou d'un ayant droit ...

sans que cette liste soit exhaustive.

Lors des changements de situation de famille ou en cas de modifications administratives, les pièces justificatives seront fournies directement par le membre participant ou, subsidiairement par la personne morale souscriptrice du contrat collectif ou son représentant, dans la mesure où il en aura connaissance.

Lors de changements dans la situation professionnelle du membre participant, la personne morale souscriptrice du contrat collectif ou son représentant s'engage à en informer la mutuelle, notamment en cas de rupture du contrat de travail pour cause de démission ou licenciement, de passage au statut de préretraité ou retraité.

La mutuelle accorde en effet à tout salarié, au moment de son départ de l'entreprise (qu'il s'agisse de licenciés, démissionnaires ou retraités) ainsi qu'à ses ayants droit inscrits, la faculté, sur leur demande, de rester adhérent à titre personnel en leur assurant un maintien de niveau de couverture égal à celui dont ils bénéficiaient dans le cadre du contrat collectif souscrit par l'entreprise ou par l'employeur auquel le salarié était affilié.

Dans le cadre d'un contrat collectif, un état récapitulatif des personnes assurées sera produit annuellement par la personne morale souscriptrice du contrat ou son représentant.

Les modifications prendront effet, dès réception des justificatifs nécessaires à la régularisation, au 1er jour du mois suivant la demande du membre participant ou de ses ayants droit en cas de décès de celui-ci.

#### B - Modifications par la mutuelle des statuts et du règlement, des garanties

La mutuelle s'engage à porter à la connaissance du membre participant et du membre honoraire toute modification des statuts et du règlement décidée par l'assemblée générale.

Il en va de même concernant toute modification des garanties définies à l'adhésion.

Dans le cadre d'une opération collective, toute modification du contrat est constatée par un avenant signé des parties, à charge pour la personne morale souscriptrice ou son représentant d'en informer chaque membre participant.

#### C - Modifications par le membre participant de ses garanties

Lorsqu'au cours de l'adhésion, le membre participant veut - pour un motif réel et sérieux - modifier les garanties qu'il a souscrites auprès de la mutuelle, il doit l'en informer afin que cette dernière puisse procéder à la régularisation de la situation. Cette modification prendra effet le 1er janvier ou le 1er juillet suivant la demande et le type de garanties.

Aucun délai d'attente ne sera appliqué en cas d'augmentation ou de diminution d'une garantie santé, à l'exception de la garantie «Remboursement au 1er euro» qui comporte des délais d'attente incompressibles définis dans ses conditions générales.

Dans le cas où le membre participant souscripteur d'une des garanties «Décès Temporaire» est atteint par la limite d'âge fixée aux conditions générales desdites garanties et souhaite augmenter ses garanties en souscrivant une garantie Obsèques, l'adhésion s'effectuera dans le respect d'un délai d'attente qui s'appliquera sur le montant du capital supplémentaire souscrit.

## III - Cotisations

### 1. Détermination du montant de la cotisation

Le montant ou taux de cotisation est déterminé par l'assemblée générale qui peut en déléguer le pouvoir au conseil d'administration en vertu de l'article 24 des statuts.

Il est établi en tenant compte notamment :

- de l'affectation de la cotisation à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle, et des charges directes de la mutuelle (alimentation du fonds de garantie et du fonds de réserve, cotisations spéciales destinées à des organismes tels les Unions et les Fédérations, couverture des frais de gestion, taxes de toute nature selon la réglementation en vigueur ...)
- de la situation de famille (unique, isolé/famille), de la composition familiale ;
- de l'âge ;
- de la modification des régimes obligatoires ;
- de la résidence du membre participant.

### 2. Révision des cotisations

Dans le respect de l'article 24 des statuts, les révisions de cotisations sont décidées par l'assemblée générale, à moins qu'elle n'en délègue le pouvoir au conseil d'administration. Ces révisions sont notamment liées à l'évolution des dépenses de santé constatée par les régimes obligatoires, des équilibres par garantie et de l'équilibre global de la mutuelle.

Elles sont également revues en cas de modification de la législation des régimes obligatoires.

### 3. Appel de cotisations

L'appel de cotisations est effectué pour la première fois au moment de la confirmation de l'adhésion par la mutuelle.

L'appel se fait soit à titre individuel, soit à titre collectif.

L'appel peut être mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Il se fait sur la base d'un bordereau récapitulatif dans le cadre d'une opération collective avec précompte.

La cotisation versée par le membre participant ou par la personne morale est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle selon les modalités de fractionnement déterminées au moment de l'adhésion. Elle est effectuée de préférence par prélèvement sur un compte bancaire ou postal.

#### 4. Recouvrement de cotisations

En matière de recouvrement des cotisations, plusieurs paramètres sont pris en compte : périodicité du recouvrement, moyens de paiement utilisés, termes de paiement retenus.

Dans une opération individuelle, le recouvrement sera effectué auprès du membre participant ou de son représentant.

Dans une opération collective avec précompte, le recouvrement sera effectué auprès de la personne morale, l'employeur ou son représentant ; dans une opération collective sans précompte, auprès du membre participant.

#### 5. Retard de paiement et impayés

En vertu de l'article 57 des statuts, la mutuelle peut appliquer des majorations de retard en cas de défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance et ce, lorsque l'adhésion résulte d'un contrat collectif. Ces majorations représentent 10 % du montant de la cotisation et peuvent être réclamées au moment du déclenchement de la procédure de mise en demeure. Ces majorations sont à la charge exclusive de l'employeur ou de la personne morale.

Dans le cadre des opérations individuelles, une pénalité forfaitaire de 50 euros peut être appliquée au membre participant au moment du déclenchement de la procédure de mise en demeure afin de couvrir les frais de poursuite et de recouvrement engagés par la mutuelle.

En tout état de cause, la mutuelle - conformément à ses objectifs sociaux ou de bonne gestion - peut être amenée à établir des plans ou calendriers de paiement des sommes restant dues.

Le cas échéant, et dans le respect des règles du droit, une compensation entre cotisations et prestations peut intervenir.

## IV - Prestations et Garanties

### 1. Définition des Prestations et Garanties

La mutuelle réalise deux types d'opérations d'assurance : Non Vie et Vie.

L'assurance Non Vie consiste à contracter des engagements non liés à la durée de la vie humaine.

L'assurance Vie consiste à contracter des engagements liés à la durée de la vie humaine.

Les garanties qui découlent de ces opérations se définissent par rapport à la classification des branches d'activités telle que définies par le code de la mutualité et répondent à l'objet de la mutuelle décrit à l'article 3 des statuts.

La mutuelle sert ainsi des prestations directement liées au remboursement de frais de santé mais également des prestations se présentant sous la forme de forfaits ou de capitaux.

Les annexes du présent règlement décrivent les modalités de mise en vigueur et de fonctionnement de chaque garantie assurée par la mutuelle.

### 2. Conditions d'attribution des prestations

Les prestations servies par la mutuelle varient suivant la nature et l'étendue des garanties souscrites. Elles sont délivrées sur production de documents justificatifs et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

## V - Déchéance

Les déclarations faites par le membre participant servent de base à la garantie.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, la garantie est nulle lorsque cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises, à titre de dommages intérêts, à la mutuelle qui peut poursuivre en recouvrement les prestations indûment perçues.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle, la mutuelle se réserve le droit soit de maintenir le contrat en vigueur en contrepartie d'une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant, soit de résilier le contrat 10 jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisations payées pour le temps où la garantie ne court plus.

# VI - La fin de l'adhésion : Démission, Suspension, Radiation, Exclusion

## A - Modalités de mise en œuvre

### 1. La démission du membre participant

#### A - Les causes de démission

En vertu de l'article L.221-10 du code de la mutualité, le membre participant ou la personne morale souscriptrice d'un contrat collectif peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance.

En vertu de l'article L.221-10-1 du code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant 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.

- Uniquement dans le cadre d'une opération individuelle, en vertu de l'article L.221-17 du code de la mutualité, la mutuelle comme le membre participant peut également mettre fin à l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions de l'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 professionnelle,

à la condition que la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Il appartient à celui qui met fin à l'adhésion d'en faire la preuve à l'appui de sa demande.

Est notamment visé dans cet article le décès d'un membre participant.

La fin de l'adhésion interviendra dans les trois mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation.

Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la date de notification. En cas de décès du membre participant seul bénéficiaire des prestations de la mutuelle, elle prendra effet le premier jour du mois suivant la date de l'événement.

- Uniquement dans le cadre d'opérations collectives facultatives, tout membre participant peut – en raison de modifications apportées aux droits et obligations des membres participants – dénoncer son affiliation par lettre recommandée adressée à la mutuelle dans un délai d'un mois à compter de la remise de l'avenant au contrat collectif ou de la notice établie par la mutuelle.

#### B - les effets de la démission au niveau des cotisations

La démission ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf :

- pour ce qui concerne les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, sous réserve que soient respectées les conditions d'exercice du droit à dénonciation définies au 2e alinéa du paragraphe A supra ;
- dans les cas visés à l'article L.221-17 du code de la mutualité aux termes duquel la mutuelle doit rembourser à l'adhérent ou, en cas de décès, à ses ayants droit ou à son représentant légal, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à partir de la date d'effet de la résiliation ;
- en cas de décès du membre participant.

### 2. La radiation pour défaut de paiement des cotisations

#### A - Dans le cas des opérations individuelles : article L.221-7 du code de la mutualité

Toute cotisation est due dans les 10 jours de son échéance.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans ce délai, la mutuelle adresse au membre participant une lettre de mise en demeure l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de ses garanties. La garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure.

Au cas où la cotisation annuelle est fractionnée, la suspension de garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

10 jours après la période de suspension, la mutuelle a le droit de résilier ses garanties, indépendamment du droit pour elle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice.

La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir.

#### B - Dans le cas des opérations collectives : article L.221-8 du code de la mutualité

- Lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de l'échéance, la lettre de mise en demeure est adressée par la mutuelle à l'employeur ou à la personne morale. La mutuelle l'informe dans ce courrier des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

Le membre participant est également informé par la mutuelle qu'à l'expiration du délai de 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale souscriptrice, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours précité.

Le contrat non résilié reprend ses effets pour l'avenir.

- Lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe. La mutuelle lui signifiera par un courrier de mise en demeure qui doit intervenir 10 jours après la date à laquelle la cotisation doit être payée.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure.

- Dans le cas où un employeur ou une personne morale ne paie pas sa part de cotisation, la procédure applicable en cas de précompte s'applique. La mutuelle informe dans ce cas chaque membre participant de la mise en œuvre de la procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et rembourse, le cas échéant, au membre participant, la part de cotisation correspondant à la période où le risque n'est plus couvert.

### 3. L'exclusion

L'exclusion est une sanction disciplinaire exceptionnelle. Elle est prononcée dans les cas visés à l'article 12 des statuts sur décision du conseil d'administration.

## B - Conséquences de la démission, radiation, exclusion

La démission, la radiation, l'exclusion entraînent la perte immédiate de la qualité d'adhérent, d'ayant droit ou de bénéficiaire de la mutuelle.

De ce fait, aucune prestation ne peut être servie 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 du droit étaient antérieurement réunies.

La mutuelle peut délivrer sur demande de l'intéressé un certificat de radiation qui fera mention du niveau de garanties ainsi que de la date de leur interruption. Dans certains cas, il peut être fait mention de la dernière date de situation «à jour du paiement des cotisations».

Les présentes dispositions relatives à la fin de l'adhésion ne s'appliquent pas, conformément à l'article L.223-27 du code de la mutualité, aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui font l'objet de dispositions particulières décrites en annexes.

Sont inapplicables à ce type de garantie :

- Les articles L.221-7 et L.221-8 du code de la mutualité relatifs à la suspension ou résiliation pour non paiement sauf si la valeur de rachat est insuffisante (L.223-19 du code de la mutualité) ;
- la résiliation simple (L.221-10 et L.221-10-1 du code de la mutualité) ;
- Les dispositions relatives à la nullité des garanties en cas de réticence ou de fausse déclaration, d'omission ou de déclaration inexacte ;
- L'article L.221-17 du code de la mutualité sur la modification du risque.

# Annexes par Garantie

## Annexe I

### Garantie remboursement de frais de soins de santé

#### 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.

Par décision du conseil d'administration du 18 novembre 2003, la mutuelle pourra intervenir au premier euro en cas de carence ou d'absence d'un régime obligatoire. Cette décision a été approuvée par l'assemblée générale du 06/07/2004.

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. Etendue 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. Appel de cotisations

L'appel de cotisation est accompagné de la délivrance de la carte d'adhérent mutualiste 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. Les délais d'attente afférents aux garanties peuvent également y figurer.

L'appel est ensuite annuel et accompagné de la délivrance d'une nouvelle carte d'adhérent.

#### 4. 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'ordonner 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 conservateurs), verre, lentille, monture, chirurgie laser. Les plafonds dentaires, tels qu'ils sont indiqués sur les grilles de garantie, sont délivrés par année d'adhésion.

e - Hospitalisation : honoraires (secteur public et privé) - frais de séjour ou frais d'hébergement médecine, chirurgie, salle d'opération ou d'anesthésie, supplément chambre particulière, forfait journalier, et tout acte technique réalisé au cours du séjour hospitalisé réalisé - frais accompagnant - cure hospitalisée.

Dans tous les cas, sont exclus de nos remboursements tous les frais relatifs au placement dans les services de long séjour, des structures spécialisées telles que notamment l'AFT (Accueil Famille Thérapeutique) et la MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), les hospitalisations réalisées dans des établissements non conventionnés.

Pour ce qui concerne les garanties complémentaires santé P300 et P175, la chambre particulière sera remboursée en clinique dans la limite d'un forfait journalier de 60 euros.

f - Indemnité forfaitaire maternité : les frais normaux de maternité inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation de l'extrait de naissance à une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé au contrat d'adhésion. Cette indemnité n'est accordée que si la mère est bénéficiaire des garanties de la mutuelle, sur production des pièces justificatives nécessaires.

La plupart de ces prestations est exprimée en pourcentage des tarifs de la Sécurité Sociale ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) en ce qui concerne la pharmacie, avec indication selon les cas :

- du tarif de convention, établi par accord conventionnel soit avec un praticien, soit avec un établissement dispensant des actes médicaux,
- du tarif d'autorité, impérativement fixé par les organismes de Sécurité Sociale en l'absence de convention.

La mutuelle sera amenée à exprimer les remboursements soit sur la base d'un pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit sur un pourcentage des frais réels engagés par l'assuré. Des limitations pourront ainsi intervenir soit par adhérent ou ayant droit, soit par exercice de survenance, soit par plafond ou par montant déterminé spécifiquement.

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.

## 5. Délais d'attente

Le droit aux prestations prend effet soit immédiatement après l'adhésion soit à l'issue d'un délai d'attente déterminé, différent en fonction du type de garantie souscrite et mentionné dans les conditions particulières.

Dans tous les cas :

Concernant les adhésions individuelles :

- L'adhésion s'effectue sans délai d'attente en cas de changement de garantie.
- L'adhésion s'effectue sans délai d'attente dès lors qu'il y a présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédent (mutuelle ou assurance). Ce document doit être adressé par le membre participant ou l'ayant droit concerné dans un délai de six mois à compter de sa date d'adhésion. Le délai d'attente sera levé dès réception de ce document.

Ces dispositions peuvent s'appliquer à tout ou partie des actes médicaux.

Concernant les adhésions collectives :

- Exonération de délai d'attente dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire « Article 83 du Code Général des Impôts ».
- Exonération de délai d'attente dans le cadre de la souscription d'un contrat collectif facultatif.
- Exonération de délai d'attente dès lors qu'il y a présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédent (mutuelle ou assurance), sauf dérogation expresse. Ce document doit être adressé par le membre participant ou l'ayant droit concerné dans un délai de six mois à compter de sa date d'adhésion. Le délai d'attente sera levé dès réception de ce document.

En fonction du type de garantie souscrite :

L'adhésion s'effectue sans délai d'attente pour les personnes âgées de moins de 30 ans ou de moins de 40 ans.

Pour les personnes âgées de 30 à 60 ans ou de 40 à 60 ans :

- délai d'attente de 9 mois sur la garantie Dentaire/Optique/Maternité ;
- délai d'attente de 3 mois sur la garantie Hospitalisation.

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans :

- délai d'attente de 3 mois sur la garantie Hospitalisation ;
- délai d'attente de 9 mois sur la garantie Dentaire/Optique/Maternité.

Les délais d'attente sont précisés sur la fiche d'information figurant au verso du bulletin d'adhésion.

## 6. Paiement des prestations

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 prise en charge pour certains professionnels de santé.

Pour bénéficier du paiement des prestations, un certain nombre de justificatifs doit être fourni à la mutuelle soit par l'adhérent, soit directement par son régime obligatoire ou par les professionnels de santé.

- Sont à produire dans le cas où l'adhérent fait l'avance de ses frais médicaux :

Pour ce qui relève des honoraires médicaux, pharmacie, soins dentaires, frais de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux, transport : le décompte du régime obligatoire dans les cas où il n'y aurait pas de télétransmission entre celui-ci et la mutuelle.

Pour ce qui relève des vaccins : la prescription du praticien avec cachet de l'officine et vignette du produit indiquant le prix.

Pour ce qui relève des dépenses hospitalières : la facture détaillée acquittée ; pour les frais accompagnant : la facture détaillée acquittée avec un bulletin de situation délivré par l'établissement.

Pour ce qui relève des soins orthodontiques ou prothèses dentaires : 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 codifiée et acquittée du praticien.

Pour ce qui relève de l'appareillage (orthèses ou prothèses - auditif) : le décompte du régime obligatoire et la facture acquittée (dans le cas de l'auditif, précision sur le côté appareillé).

Pour ce qui relève de l'optique : le décompte du régime obligatoire et la facture acquittée ou, en cas de refus de prise en charge par le régime obligatoire, la facture acquittée.

Pour ce qui relève du traitement de la myopie : facture détaillée.

Pour ce qui relève de la cure thermale : le décompte du régime obligatoire et l'attestation de la cure acquittée et justificatifs de dépenses si nécessaires.

- Sont à produire dans le cas où l'adhérent 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 l'adhérent ne fait aucune avance de frais :  
L'ensemble des pièces justificatives est 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 de l'adhérent. Ce dernier est tenu de fournir des pièces originales pour bénéficier du paiement des prestations.

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.

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.

## 7. Exclusions

La mutuelle n'effectue pas de remboursement sur :

- 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 le membre participant bénéficie de la part de son régime obligatoire d'un remboursement à 100 % et que ses garanties ne prévoient pas de dépassement ;
- les actes médicaux et dépenses consécutifs à un accident ou à une maladie:
  - . dont la date de soins est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou postérieure à la date d'effet de la résiliation ;
  - . qui interviennent avant l'expiration des délais d'attente.

Depuis le 1er janvier 2005, n'est pas remboursée la contribution forfaitaire de 1 euro, qui est laissée à la charge de l'assuré (montant fixé par le décret n°2004-1453 du 23/12/2004).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, conformément au décret n°2005/1226 du 29/09/2005 pris en application de la réforme relative à l'Assurance Maladie du 13/08/2004, ne sont pas remboursés par la mutuelle :

- la majoration de participation de l'Assurance Maladie mise en place pour les actes concernés (consultations, actes techniques, radiologie) ;
- les dépassements autorisés pour les actes réalisés par les médecins spécialistes (consultations, actes techniques, radiologie) ;
- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde par l'accès à son dossier médical personnel (cette condition devant entrer en vigueur le 1er juillet 2007).

Depuis le 1er janvier 2008, la mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

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

## 8. Fin de l'adhésion

Les règles applicables à la fin de l'adhésion sont celles qui sont décrites dans l'article VI du présent règlement. Sont visés les articles L.221-10-1, L.221-7, L.221-8 et L.221.17 du code de la mutualité.

### 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.

Dès 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.

## 9. Forclusion

Sont frappés de forclusion pour le règlement des prestations, tous décomptes et plus généralement toutes demandes de remboursement, prises en charge, ... qui n'auraient pas été présentés dans un délai de deux ans à partir de leur date d'émission par un régime obligatoire.

## 10. 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.

## **ANNEXE III** **CMU Complémentaire**

Animée par la volonté de mener une action de solidarité dans l'intérêt de ses adhérents et de ses ayants droit, SMATIS FRANCE est entrée en juillet 2002 dans le dispositif légal de C.M.U. (Couverture Maladie Universelle) institué par la loi N°99-641 du 27/07/1999 sur tout le territoire national. Pour ce faire, la mutuelle s'est inscrite sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département.

La mutuelle a ainsi créé une garantie spécifique «CMU complémentaire» répondant au cahier des charges dressé par les Caisses d'Assurance Maladie.

### 1. Conditions d'admission

Toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et dont les ressources mensuelles sont inférieures à un plafond qui varie selon la composition de son foyer, peut bénéficier sans contrepartie financière de la CMU complémentaire. Le bénéficiaire n'acquies pas en effet sa cotisation, contrairement à une complémentaire santé habituelle.

#### a - Condition de résidence stable

Pour bénéficier de la CMU complémentaire, le demandeur doit résider en France (France métropolitaine ou département d'outre-mer) de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, sauf cas dans lesquels cette condition est réputée remplie.

Les cas dans lesquels la condition de stabilité de résidence est réputée remplie :

- étudiants, élèves ou stagiaires dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- bénéficiaires de prestations familiales (allocation pour jeune enfant, allocations familiales, complément familial, allocation d'éducation spéciale, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire, allocation de parent isolé, allocation parentale d'éducation, allocation d'adoption) ;
- bénéficiaires d'une aide à l'emploi pour la garde des jeunes enfants (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée ou allocation de garde d'enfant à domicile) ;
- bénéficiaires d'une allocation aux personnes âgées (allocation aux vieux travailleurs salariés ou non salariés, allocations aux mères de famille, allocation spéciale vieillesse versée par le Fonds Solidarité Vieillesse ou invalidité versée par le Fonds Spécial d'Invalidité) ;
- bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance, de l'allocation compensatrice pour tierce personne, de l'allocation différentielle ;
- bénéficiaires d'une allocation logement ou de l'aide personnalisée au logement ;
- bénéficiaires d'une des prestations d'aide sociale ;
- bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ;
- demandeurs d'asile, y compris de l'asile territorial, demandeurs du statut de réfugié, personnes admises au titre de l'asile ou reconnues réfugiées ;
- personnes affiliées à un régime obligatoire d'Assurance Maladie au titre d'une activité professionnelle en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer pour une durée supérieure à 3 mois ;
- personnes inscrites à un stage de formation professionnelle pour une durée supérieure à 3 mois ;
- personnes bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ;
- personnes bénéficiaires d'un revenu de remplacement (allocation de chômage : allocation unique dégressive, allocation d'insertion ou allocation de solidarité spécifique).

Formalités :

Le demandeur peut justifier de cette condition par tout moyen : 3 quittances mensuelles successives de loyer, 2 factures successives d'électricité, de gaz ou de téléphone, bail signé avec un propriétaire datant de plus de 3 mois, certificat d'immatriculation d'un véhicule de plus de 3 mois.

Personnes sans domicile fixe :

Les personnes sans domicile fixe, ou celles qui vivent en habitat mobile ou très précaire, doivent élire domicile auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou d'une association agréée. Une attestation de domiciliation leur sera remise.

Cette procédure de domiciliation est gratuite.

#### b - Condition de résidence régulière

La condition de régularité du séjour en France s'applique uniquement aux personnes de nationalité étrangère, hors Espace Economique Européen (EEE). Elles doivent justifier qu'elles sont en situation régulière au titre de la législation sur le séjour des étrangers en France au moyen de leur carte de séjour.

A défaut de production d'une carte de séjour, dès lors que le demandeur peut attester par tout document (récépissé en cours de validité de la demande de délivrance ou de renouvellement de la carte de séjour, convocation, rendez-vous en préfecture) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de séjour en France.

#### c - Condition de ressources

Pour bénéficier de la CMU complémentaire, les ressources mensuelles (imposables et non imposables) du demandeur doivent être inférieures à un plafond qui varie selon la composition de son foyer. Une déclaration de ressources et ses pièces justificatives devront être jointes à la demande de CMU complémentaire.

#### **Plafond annuel des ressources permettant l'accès à la C.M.U. complémentaire, selon la composition du foyer et le lieu de résidence, applicable au 1<sup>er</sup> juillet 2008** (source site internet ameli.fr):

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond mensuel dans les départements d'Outre-mer
1 personne	7 447 euros	8 288 euros
2 personnes	11 170 euros	12 432 euros
3 personnes	13 404 euros	14 919 euros
4 personnes	15 638 euros	17 405 euros
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 2 978,66 euros	+ 3 315,24 euros

Ces montants sont révisables chaque année.

A noter que la CMU complémentaire est accordée sans condition de ressources aux titulaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Ils n'ont donc pas de déclaration de ressources à faire. Cependant, l'ouverture de leurs droits à la CMU complémentaire n'est pas automatique : ils doivent en faire la demande, et choisir l'organisme qui assurera la gestion de leur CMU complémentaire.

Ressources prises en compte :

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues par toutes les personnes composant le foyer pendant les 12 mois qui précèdent la demande. Elles comprennent l'ensemble des ressources perçues, qu'elles soient imposables ou non imposables (salaires, indemnités de chômage, prestations sociales et familiales, avantages en nature, revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux) après déduction des cotisations sociales, de la CSG et de la CRDS.

A noter que si le demandeur bénéficie de l'Aide Personnalisée au Logement (APL), s'il est propriétaire de son logement ou s'il est logé gratuitement, cet avantage est évalué et pris en compte de façon forfaitaire selon la composition de son foyer.

Ressources à déduire :

Les pensions alimentaires versées sont à déduire des ressources.

Ressources non prises en compte :

Certaines prestations ne sont pas prises en compte dans le calcul des ressources :

- l'allocation d'éducation spéciale et ses compléments ;
- l'allocation pour jeune enfant ;
- l'allocation de rentrée scolaire ;
- les primes de déménagement ;
- l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée ainsi que sa majoration, et l'allocation de garde d'enfant à domicile ;
- les bourses d'études des enfants (sauf les bourses de l'enseignement supérieur) ;
- la majoration pour tierce personne et la prestation spécifique dépendance ;
- les prestations en nature ;
- l'indemnité complémentaire de remplacement ;
- l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail ;
- la prime de rééducation et le prêt d'honneur ;
- les aides de secours financiers versées par les organismes à vocation sociale (n'ayant pas un caractère régulier) et les aides affectées à des dépenses visant la réinsertion du bénéficiaire et de sa famille ;
- le capital décès ;
- l'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord ;
- l'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives et assimilés ou victimes de la captivité en Algérie ;

- l'allocation spécifique d'attente.

Ressources légèrement supérieures au plafond :

Si les ressources du demandeur sont supérieures au plafond, il ne pourra pas bénéficier de la CMU complémentaire.

Cependant, un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.) (issu de la loi du 13 août 2004) est prévu pour les personnes dont les ressources doivent être comprises entre le plafond d'attribution de la CMU et ce même plafond majoré de 20 45-% (au 1<sup>er</sup> janvier 2007) ; il s'agit d'une aide ouvrant droit à une déduction sur la cotisation d'un contrat d'assurance complémentaire santé (cf annexe Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé : A.C.S.).

## 2. Choix de l'organisme complémentaire

Chaque demandeur de la CMU complémentaire choisit librement l'organisme de son département qui assurera la gestion de sa CMU complémentaire.

Selon son choix, effectué au moment de sa demande, elle sera gérée par :

- un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département, consultable auprès de la Caisse d'Assurance Maladie ;
- sa Caisse d'Assurance Maladie.

A noter que les prestations accordées au titre de la CMU complémentaire sont identiques quel que soit ce choix.

Dans le cas où le demandeur avait déjà un contrat de couverture maladie complémentaire souscrit auprès d'un organisme complémentaire :

- si cet organisme figure sur la liste agréée de son département, la CMU complémentaire pourra rester gérée par cet organisme sans cotisation à payer ; dans ce cas, le demandeur devra faire transformer son contrat antérieur en adhésion CMU complémentaire (s'il a déjà payé sa cotisation, elle lui sera remboursée au prorata temporis) ;
- si cet organisme ne figure pas sur la liste agréée de son département, le demandeur devra choisir un autre organisme pour gérer sa CMU complémentaire, sans cotisation à payer et selon les modalités décrites ci-dessus. Il devra dans ce cas demander la résiliation de son contrat antérieur (s'il a déjà payé sa cotisation, elle lui sera remboursée au prorata temporis).

La demande de CMU complémentaire est faite pour l'ensemble du foyer, comprenant le demandeur lui-même ainsi que, le cas échéant, son conjoint (soumis à une imposition commune au regard de la dernière déclaration fiscale) ou son concubin ou son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ses enfants et autres personnes à charge de moins de 25 ans.

La demande de CMU complémentaire peut être faite à titre personnel dans les cas suivants :

- enfants mineurs de plus de 16 ans ayant rompu leurs liens familiaux ;
- enfants majeurs (entre 18 et 25 ans) s'ils remplissent les 3 conditions suivantes : ne plus vivre sous le même toit que leurs parents ; avoir fait une déclaration fiscale séparée (ou faire une déclaration sur l'honneur s'engageant à établir une déclaration fiscale séparée l'année suivante) ; ne pas percevoir de pension alimentaire donnant lieu à déduction fiscale (ou faire une déclaration sur l'honneur s'engageant à ne pas en percevoir l'année suivante) ;
- enfants majeurs (entre 18 et 25 ans) s'ils sont eux-mêmes parents ou s'ils vont le devenir.

Dans tous les cas, la demande de CMU complémentaire (formulaire remplis accompagnés des pièces justificatives\*) doit être adressée à la Caisse d'Assurance Maladie du demandeur.

\* Couverture maladie universelle – protection complémentaire (formulaire S 3711b) ;

Couverture maladie universelle – protection complémentaire – choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé (formulaire S 3712) ;

- et, le cas échéant, Couverture maladie universelle – protection complémentaire – choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé (formulaire S 3713).

A noter : les personnes sans domicile fixe, ou celles qui sont en habitat mobile ou très précaire, doivent élire domicile auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou d'une association agréée (une attestation de domicile leur sera remise), et déposer leur demande de CMU complémentaire auprès de la Caisse d'Assurance Maladie dont dépend cet organisme.

Cette procédure de domiciliation est gratuite.

## 3. Examen de la demande de CMU Complémentaire

Après examen du dossier, la Caisse d'Assurance Maladie fera part au demandeur de sa décision par courrier. L'absence de réponse dans un délai de 2 mois vaut réponse favorable.

Si la réponse est favorable, la Caisse d'Assurance Maladie adressera au bénéficiaire une attestation de droits à la CMU complémentaire et mettra à jour sa carte Vitale afin que ses droits à la CMU complémentaire y soient indiqués.

Dans le cas où le bénéficiaire a choisi un organisme complémentaire pour gérer sa CMU complémentaire, la Caisse d'Assurance Maladie de son département en informera directement cet organisme.

## 4. Prestations prises en charge

La CMU complémentaire ouvre droit à la prise en charge, avec dispense d'avance de frais :

- du ticket modérateur (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation et autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.).

- du forfait journalier sans limitation de durée (en cas d'hospitalisation) ;

- et, au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale (ODF), les lunettes (verres et monture), les prothèses auditives.

A noter que comme tous les assurés, le bénéficiaire de la CMU complémentaire doit respecter le parcours de soins de coordonnés. Cependant, il est exonéré de la participation forfaitaire de 1 euro (telle que fixée par le décret n°20 04-1453 du 23/12/2004) ainsi que de la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

## 5. Un accès aux soins immédiat

Pour faire valoir ses droits à la CMU complémentaire auprès des professionnels de santé ou à l'hôpital, il est obligatoire de leur présenter l'attestation de droits à la CMU complémentaire et la carte Vitale.

Sauf exigence particulière de sa part, le bénéficiaire de la CMU Complémentaire n'a rien à payer lors d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation, ni pour les soins (actes infirmiers, actes de kinésithérapie, etc.), les analyses de laboratoire et les médicaments dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin et remboursables par l'Assurance Maladie.

Il n'a pas à remplir ni à envoyer de feuilles de soins à sa Caisse d'Assurance Maladie. Les professionnels de santé se font régler directement leurs honoraires par votre Caisse d'Assurance Maladie.

Chez le médecin, dans le cadre du parcours de soins coordonnés :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer chez un médecin, généraliste ou spécialiste.

Les médecins, notamment les médecins à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP), sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière de ceux-ci (par exemple, un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation ou une visite à domicile non justifiée).

Chez l'auxiliaire médical :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer pour des soins chez un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), sous réserve qu'ils soient prescrits par un médecin et remboursables par l'Assurance Maladie.

Chez le pharmacien :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer chez le pharmacien lors de l'achat de médicaments dans la limite du TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité). En ce qui concerne l'achat d'autres produits médicaux (pansements, cannes, etc.), le pharmacien doit proposer au moins un article pouvant être pris en charge à 100 % au titre de la CMU complémentaire.

Au laboratoire :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer pour les analyses et les examens de laboratoire, sous réserve qu'ils soient prescrits par un médecin et remboursables par l'Assurance Maladie.

A l'hôpital :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer (ni les frais d'hospitalisation, ni le forfait journalier), lors d'une hospitalisation et quelle qu'en soit la durée, sauf d'éventuels suppléments pour confort personnel (chambre individuelle, télévision, etc.).

Chez le dentiste :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer pour les soins conservateurs (caries, détartrage, examens de contrôle), ni pour les soins de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale (ODF) dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire.

A noter que :

- les dentistes, notamment les dentistes à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP), sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière de ceux-ci (par exemple, un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation) ;

- avant de commencer les soins d'orthopédie dento-faciale (ODF), votre dentiste doit établir une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis avec mention CMU que vous adressez au dentiste-conseil de votre Caisse d'Assurance Maladie ; celle-ci (ou l'organisme complémentaire qui gère votre CMU) vous notifiera un accord de prise en charge sur le montant couvert au titre de la CMU complémentaire.

Chez l'opticien :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire a droit à un équipement de lunettes (soit 2 verres et une monture de lunettes) par an.

Il ne paie rien pour les verres dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire, sauf en cas de demande particulière (verres anti-reflets, verres incassables). Il ne paie pas les verres, dans la limite du tarif de la CMU complémentaire : 54,58 euros pour une correction simple et 137,20 euros pour une correction complexe (tarifs indicatifs : source site internet ameli.fr juillet 2008) . De même, il ne paie pas la monture de lunettes, dans la limite du tarif CMU complémentaire fixé à 22,87 euros. L'opticien est tenu de lui proposer des verres et une monture de lunettes dans cette gamme de prix.

Il doit préalablement établir un devis d'après votre prescription médicale, que vous adressez à votre Caisse d'Assurance Maladie. Celle-ci (ou l'organisme complémentaire qui gère votre CMU) vous notifiera sa décision de prise en charge.

A noter : la CMU complémentaire prévoit la prise en charge du ticket modérateur pour les lentilles.

Chez l'audioprothésiste :

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire a droit à un appareil auditif analogique (externe) gratuit tous les deux ans dans la limite d'un prix maximum de 443,63 euros (tarif indicatif selon source site internet ameli.fr).

En cas de prescription d'un second appareil pour une personne de plus de 20 ans, la prise en charge de celui-ci s'effectue à 100% du tarif remboursable (soit 199,71 euros).

## 6. Durée de la CMU Complémentaire

La CMU complémentaire est accordée pour un an et peut être reconduite chaque année tant que les conditions de ressources sont remplies.

Les droits à la CMU complémentaire sont ouverts à compter du 1er jour du mois qui suit la décision d'attribution de la CMU complémentaire.

La durée des droits à la CMU complémentaire figure sur l'attestation de droits à la CMU complémentaire et la carte Vitale du bénéficiaire.

A noter : la CMU complémentaire est renouvelée sans condition de ressources aux titulaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Cependant, le renouvellement de leurs droits à la CMU complémentaire n'est pas automatique : ils doivent en faire la demande, et choisir l'organisme qui assurera la gestion de leur CMU complémentaire.

Le renouvellement des droits à la CMU complémentaire ne se fait pas automatiquement.

Deux mois avant la date d'échéance des droits à la CMU complémentaire, la Caisse d'Assurance Maladie adressera au bénéficiaire un courrier pour l'informer des modalités de renouvellement de sa CMU complémentaire.

Avant cette date d'échéance, il doit déposer une demande de renouvellement auprès de sa Caisse d'Assurance Maladie, faire une déclaration de ressources (à l'exception des titulaires du RMI) et choisir l'organisme de gestion de sa CMU complémentaire.

Après examen du dossier, la Caisse d'Assurance Maladie lui fera part de sa décision de renouveler ou non sa CMU complémentaire.

Pour faire une demande de renouvellement de droits à la CMU complémentaire, les formulaires suivants doivent être remplis :

- CMU – protection complémentaire – renouvellement des droits (formulaire 0648) ;
- Couverture maladie universelle – protection complémentaire – choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé (formulaire S 3712) ;
- et, le cas échéant, Couverture maladie universelle – protection complémentaire – choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé (formulaire S 3713).

Si les droits à la CMU complémentaire sont renouvelés, la Caisse d'Assurance Maladie adressera au bénéficiaire une nouvelle attestation de droits à la CMU complémentaire et l'invitera à mettre à jour sa carte Vitale.

Si les droits à la CMU complémentaire ne sont pas renouvelés, l'ancien bénéficiaire conservera, pendant un an, le droit au tiers payant sur la partie remboursée par l'Assurance Maladie.

Ainsi, lors d'une consultation chez un médecin ou pour l'achat de médicaments, il sera dispensé de faire l'avance des frais pour la partie remboursée par l'Assurance Maladie, et ne paiera que le ticket modérateur, c'est à dire la partie non remboursée par l'Assurance Maladie.

Sa Caisse d'Assurance Maladie lui adressera une attestation de tiers payant à présenter aux professionnels de santé.

## ANNEXE IV

### Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (A.C.S.)

#### 1. Définition et objet de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (A.C.S.)

L'A.C.S. est un dispositif institué par l'article 56 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie créant le nouveau dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire qui se substitue à l'aide à la mutualisation, mise en place depuis 2002 par les CPAM et les CGSS, à destination des populations en marge de la CMU complémentaire. L'A.C.S. est applicable à compter du 1er janvier 2005. La loi et ses décrets d'application ont défini les conditions de mise en vigueur ainsi que ses modalités d'application.

L'A.C.S. ouvre droit à une déduction sur la cotisation ou la prime d'un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel et, par extension sur un contrat collectif à adhésion ou à souscription facultative et individuelle (suivant la circulaire de la Direction de la Santé de la Sécurité Sociale en date du 15/02/05), souscrit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des Assurances ou d'une institution de prévoyance. Cette aide permet également de bénéficier de la dispense d'avance de frais lors de consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

L'A.C.S. se matérialise depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 par la remise d'un chèque santé pour faciliter son fonctionnement.

#### 2. Conditions d'admission du droit à déduction

Pour bénéficier de l'A.C.S., trois conditions cumulatives doivent être réunies :

- le demandeur doit être en situation régulière et résider en France de façon stable (c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois) et régulière (pour les personnes de nationalité étrangère hors Espace Economique Européen) ;

- les ressources du demandeur doivent être comprises entre le plafond d'attribution de la CMU et ce même plafond majoré de 20% (au 1/01/2007) ;
  - le demandeur doit acquitter l'intégralité du coût de couverture de sa complémentaire santé.
- A compter du 1er janvier 2006, une condition supplémentaire a été imposée pour le bénéfice de l'A.C.S. : les contrats devront respecter les règles applicables aux contrats dits responsables visés à l'article 57 de la loi du 13/08/2004. Ils ne devront pas en outre, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, prendre en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale.

**Montant des ressources permettant l'accès à l'aide pour une complémentaire santé., applicable à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008**

(source site internet ameli.fr):

Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel en France métropolitaine	Plafond annuel dans les départements d'Outre-mer
1 personne	8 936 euros	9 946 euros
2 personnes	13 404 euros	14 919 euros
3 personnes	16 085 euros	17 902 euros
4 personnes	18 766 euros	20 886 euros
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 574,39 euros	+ 3 978,29 euros

Ces montants sont révisables chaque année.

Pour effectuer une demande d'aide pour une complémentaire santé, il convient de remplir soit le formulaire « Aide pour une complémentaire santé » (formulaire n°S3715) soit le formulaire « CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé » (formulaire n°S 3711d), disponibles sur le site ameli.fr auquel doit être joint les pièces justificatives nécessaires ainsi qu'une déclaration de ressources. Un seul formulaire doit être rempli par foyer.

### 3. Examen et attribution du droit à déduction

L'examen des ressources est effectué par la Caisse d'Assurance Maladie dont relève le demandeur dans les mêmes conditions que pour la CMU complémentaire (nouvel article L.863-4 du Code de la Sécurité Sociale). Ainsi, toutes les ressources (imposables ou non) perçues par les personnes composant le foyer à la date de la demande, au cours des douze mois civils précédents, sont à prendre en compte, nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de CSG et de CRDS, y compris les avantages en nature et revenus procurés par les biens mobiliers et immobiliers ainsi que les capitaux.

La demande du droit à déduction, effectuée pour l'ensemble du foyer, est étudiée par la Caisse d'Assurance Maladie compétente qui dispose d'un délai de deux mois pour procéder à son instruction. Le silence de la caisse vaut décision implicite de rejet du dossier.

Comme en matière de CMU complémentaire, les décisions de retrait ou de refus d'attribution du droit à déduction sur prime ou cotisation peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la Caisse d'Assurance Maladie, à la fois gracieux et contentieux.

### 4. L'attestation de droit

Le demandeur répondant aux conditions d'accès à l'aide pour une complémentaire santé se verra remettre par sa caisse d'Assurance Maladie une attestation-chèque santé (formulaire S3714). Cette attestation est datée et signée par la caisse et son cachet y est apposé. Chaque membre du foyer âgé de plus de 16 ans, bénéficiaire de l'aide, recevra une attestation-chèque santé à son nom.

A compter de la date d'attribution de l'aide, le bénéficiaire dispose d'un délai de six mois pour faire valoir son droit auprès de l'organisme complémentaire de son choix et ainsi obtenir la déduction liée à sa tranche d'âge. L'attestation n'est plus valable au-delà de ce délai : le demandeur devra déposer une nouvelle demande pour bénéficier du droit à réduction.

L'organisme complémentaire conserve l'original de l'attestation complétée comme justificatif en cas de contrôle par le Fonds CMU.

Il est susceptible de produire au bénéficiaire deux types d'attestations :

- une attestation d'ouverture effective de droit qu'il délivre systématiquement. Ce document atteste de la date de prise d'effet du droit ;
- une attestation de sortie de droit, précisant la liste des personnes couvertes et la date de fin de contrat, si le contrat du bénéficiaire prend fin avant l'expiration de son droit.

Ces documents doivent être impérativement conservés par le bénéficiaire.

### 5. Ouverture du droit à déduction

Pour bénéficier de l'aide pour une complémentaire santé, le demandeur doit présenter à l'organisme complémentaire l'attestation-chèque santé remise par sa caisse. L'organisme complémentaire devra remplir la partie de l'attestation de droit qui le concerne et y indiquer notamment la date d'ouverture du droit ou de son renouvellement. Sur présentation de cette attestation, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article 1. L'organisme complémentaire remet à cet effet au souscripteur une attestation de la date d'effet du droit à déduction de chacun des bénéficiaires.

## 6. Renouvellement du droit

Les articles R.863-1 et R.863-5 du Code de la Sécurité Sociale prévoient que le renouvellement du droit à déduction est effectué par le demandeur pour l'ensemble de son foyer au moins deux mois et au plus quatre mois avant la date d'échéance du droit.

Lorsque des bénéficiaires de plus de 16 ans ont souscrit un contrat auprès d'organismes complémentaires différents, la demande de renouvellement est déposée pour l'ensemble du foyer au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'expiration de l'un des contrats auprès de la caisse de Sécurité Sociale instructrice.

Ainsi, pour certains membres du foyer, la décision de renouvellement pourra intervenir alors qu'il restait un reliquat de droit en cours. Dans ce cas, si le droit est renouvelé, le renouvellement prend effet à l'expiration de la période initiale de droit de chacun des contrats (donc à des dates différentes selon les membres du foyer). S'il n'est pas renouvelé, le droit expire à la fin de la période d'un an applicable à chacun des contrats (donc également à des dates différentes selon les membres du foyer).

En cas de naissance, d'adoption ou d'arrivée d'un mineur à charge dans le foyer en cours d'année de droit, le droit à déduction est appliqué pour la période restant à courir.

Pour effectuer le renouvellement de l'aide, le demandeur doit remplir le formulaire « Aide pour une complémentaire santé » (formulaire S 3715) et l'envoyer à sa caisse accompagné des justificatifs demandés et d'un document rempli par son organisme complémentaire précisant la date de fin de sa protection complémentaire.

En cas d'avis favorable, sa caisse lui remettra une nouvelle attestation-chèque santé ainsi qu'une nouvelle attestation de dispense de frais.

## 7. Durée du droit

L'article R.863-3 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que le droit à déduction est ouvert pour une durée d'un an à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion souscrit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance, choisie par le bénéficiaire. Toutefois, si celui-ci est déjà couvert par un organisme complémentaire à la date de remise de l'attestation de droit par la caisse, le droit à déduction prend effet à cette date.

La durée d'un an du droit commence à partir du moment où les deux conditions sont réunies :

- remise de l'attestation valide auprès de l'organisme complémentaire
- existence ou souscription d'un contrat éligible à l'A.C.S. auprès de cet organisme.

## 8. Montant du droit

Le montant de l'A.C.S. varie selon le nombre et l'âge du bénéficiaire, apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours. Il est fixé annuellement par voie d'arrêté. A titre indicatif, il est depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 établi de la façon suivante :

- 100 euros par personne âgée de moins de 25 ans
- 200 euros par personne âgée de 25 ans à 59 ans
- 400 euros par personne âgée de 60 ans et plus

L'âge est apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de l'année. Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à une seule aide par an.

L'organisme complémentaire auprès duquel le contrat complémentaire a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou de la prime annuelle le montant de l'aide, suivant la fréquence de règlement que le demandeur aura choisie à la souscription.

Le montant de l'A.C.S. ne peut excéder dans tous les cas le montant de la cotisation ou de la prime.

## 9. La suspension ou l'interruption du droit

En cas de non-paiement des primes ou cotisations, l'organisme complémentaire peut prononcer une suspension du droit aux prestations qui entraîne également la suspension du bénéfice de l'A.C.S. Si les primes ou cotisations sont de nouveau versées, l'A.C.S. est rétablie.

Par ailleurs, le droit à la déduction s'intrompt lorsque le bénéficiaire ne remplit plus les conditions de stabilité et de régularité de résidence en France.

En tout état de cause, l'article R.863-4 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que, lorsque le contrat prend fin au cours d'une période de droit à déduction (résiliation ou perte de la qualité d'ayant droit), il est mis fin au droit à déduction. L'organisme auprès duquel ce contrat a été souscrit remet au bénéficiaire une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par le contrat et précisant la date à laquelle ce contrat a pris fin. Le bénéficiaire fournit cette attestation à l'appui de sa nouvelle demande de droit à déduction.

Lorsqu'en cours de droit, le foyer devient éligible à la CMU complémentaire, le droit à déduction prend fin à la date d'effet de la CMU complémentaire.

## 10. Exclusions

Sont exclus du bénéfice de l'A.C.S. :

- les adhérents souscripteurs d'un contrat complémentaire de santé à adhésion collective obligatoire ;
- les contrats complémentaires de santé individuels éligibles à la déduction prévue à l'article 154 Bis du Code Général des Impôts ;

- les contrats complémentaires de santé individuels prenant en charge la participation forfaitaire de 1 euro (telle que fixée par le décret n°2004-1453 du 23/12/2004) et qui ne respecteront pas, à partir du 1er janvier 2006, les règles applicables aux contrats de santé tels que visés à l'article 57 de la loi du 13/08/2004 ;
- les contrats complémentaires de santé individuels prenant en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :
  - les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation
  - les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation
  - les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

#### 11. Suivi et contrôle du dispositif – financement du dispositif

Au regard du nouvel article L.863-5 du Code de la Sécurité Sociale, le Fonds de Financement de la CMU est chargé du contrôle du dispositif.

La dotation des régimes obligatoires pour le financement de l'A.C.S. est versée, au Fonds de Financement de la CMU, par la CNAMTS, selon des modalités fixées par une convention tripartite (CNAMTS, Fonds CMU-ACOSS).

## **ANNEXE V**

### **Garantie Allocation Hospitalière Complémentaire**

(anciennement dénommée «Allocations Forfaitaires en cas d'Hospitalisation»)

Par décision du 06 juillet 2004, l'assemblée générale de la mutuelle a décidé de faire bénéficier l'ensemble de ses membres participants souscripteurs de certains types de contrats « Remboursement Frais de soins de santé » d'une allocation versée quotidiennement en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 65<sup>ème</sup> anniversaire.

Il a toutefois été décidé par l'assemblée générale du 25 juin 2008 de ne plus inclure de manière automatique ladite garantie aux opérations collectives à caractère obligatoire, la faculté étant laissée à chaque personne morale souscriptrice d'opter ou non pour son maintien. Pour le cas où la garantie resterait acquise, les salariés couverts bénéficieront de son maintien au-delà de leur 65<sup>ème</sup> anniversaire jusqu'à la rupture de leur contrat de travail.

Cette garantie est complémentaire au contrat principal. Elle suit par conséquent, sauf dispositions particulières, les règles de fonctionnement de ce dernier. La résiliation du contrat principal entraîne de plein droit la résiliation de cette garantie.

#### 1. Objet de la garantie

Ce contrat garantit au membre participant le versement d'une allocation forfaitaire quotidienne de 5,50 euros en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, consécutive à un accident ou à une maladie. Cette allocation s'ajoute aux remboursements complémentaires effectués par la mutuelle sur les dépenses relatives aux soins et dépenses d'hospitalisation.

Par hospitalisation, il est entendu tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident. Sont assimilés à une hospitalisation donnant lieu à allocation, les séjours en établissement et service de rééducation fonctionnelle.

La garantie s'exerce pour :

- les accidents survenus après la prise d'effet de l'adhésion ;
- les pathologies ou affections ouvrant droit au service des prestations en nature de l'assurance-maladie.

#### 2. Délais d'attente

Selon la nature de l'affection, une période d'attente peut être appliquée. la garantie entre alors en vigueur au terme de ladite période, dont le point de départ est la date de prise d'effet du contrat.

- a - La garantie est acquise dès la date de prise d'effet du contrat en cas d'accident ;
- b - La garantie est acquise après une période d'attente de 3 mois pour les maladies, à l'exception des cas décrits aux points c, d et e suivants ;
- c - La garantie est acquise après une période de 6 mois pour les hospitalisations résultant des maladies et traitements suivants :
  - glaucome, décollement de la rétine ;
  - toute nature de tuberculose ;
  - maladie du sang, du système lymphatique, du cœur, maladies artérielles et veineuses, hypertension artérielle ;
  - maladie des organes génitaux traitées par chirurgie, maladies sexuellement transmissibles, maladies endocriniennes ;
  - maladies osseuses et articulaires ;
  - toutes tumeurs, hernies ;
  - calculs, toutes natures d'ulcères, cirrhose ;
  - amygdales, végétations, sinusites ;
  - affections neuro-psychiatriques, épilepsie, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer ;
  - troubles métaboliques de la nutrition, diabète ;
  - allergies, asthme ;

- traitement par radiations ionisantes, chimiothérapie, immunothérapie ;
  - toutes maladies chroniques d'une façon générale.
- d - La garantie est acquise après une période d'attente fixée à 24 mois pour le sida et la séropositivité HIV ;
- e - La garantie est acquise après une période d'attente fixée à 10 mois pour les grossesses.

### 3. Justificatifs - Contrôle

La mutuelle doit être informée par écrit, sauf cas de force majeure, dans un délai d'un mois à compter de l'admission hospitalière. La mise en vigueur de la garantie se fera sur demande expresse du membre participant ou de ses ayants droit.

#### a - Pièces nécessaires à l'obtention des prestations

Tous les documents relatifs à l'hospitalisation doivent impérativement être remis dans le mois qui suit la fin de l'hospitalisation.

La déclaration d'hospitalisation doit indiquer :

- les dates d'entrée et de sortie prévisibles ;
- le numéro du contrat du membre participant ;
- le nom, prénom et domicile de la personne hospitalisée ;
- la nature de la maladie ou de l'accident entraînant l'hospitalisation ;
- le lieu de l'hospitalisation ;
- les circonstances et lieu de l'accident ;
- les conséquences probables ;
- le nom des tiers responsables s'il y a lieu ;
- pour les hospitalisations intervenues à l'étranger, les originaux ou copies d'originaux accompagnés d'une traduction ou d'un document des autorités consulaires françaises.

#### b - Renseignements complémentaires

En cas de besoin, des renseignements complémentaires pourront être demandés par le médecin conseil de la mutuelle sur la maladie ou l'accident traité et plus particulièrement sur l'époque à laquelle a eu lieu la première constatation médicale, la mutuelle se réservant le droit d'engager toute action judiciaire qu'elle jugerait utile en cas de fausse déclaration intentionnelle.

### 4. Règlement des prestations

L'allocation est versée à compter du 4e jour d'hospitalisation, et au maximum jusqu'au 33e jour d'hospitalisation inclus pour une même maladie ou un même accident.

En cas d'accouchement, cette allocation est accordée à compter du 6e jour.

Dans tous les cas, la durée totale de l'allocation versée ne pourra pas excéder 30 jours par année civile que l'hospitalisation ait lieu en établissement de soins ou à domicile.

Les hospitalisations de jour ne peuvent donner lieu à garantie. Cependant, en ce qui concerne l'hospitalisation à domicile, elle peut être garantie sous réserve que les conditions ci-après soient cumulativement réunies :

- le membre participant doit avoir été préalablement hospitalisé au moins 15 jours dans un établissement de soins public ou privé ;
- l'hospitalisation à domicile doit intervenir immédiatement après l'hospitalisation en hôpital ou clinique et faire l'objet d'une prescription médicale spécifique ;
- lors de l'hospitalisation à domicile, des soins médicaux relevant d'un personnel médical ou paramédical qualifié doivent être quotidiennement effectués.

Lorsque ces conditions sont toutes trois remplies, il est alors versé une allocation quotidienne égale à 65 % de l'allocation qui aurait été accordée en hospitalisation classique.

### 5. Revalorisation des cotisations et garanties

Le montant de l'allocation forfaitaire pourra être revalorisé sur décision de l'assemblée générale à moins qu'elle n'en délègue le pouvoir au conseil d'administration. Le montant de la cotisation pourra également être ajusté à la date de cette décision.

Cette majoration de l'allocation s'applique à l'échéance de la cotisation modifiée.

### 6. Exclusions

Ne donnent pas lieu au versement d'une allocation forfaitaire, les hospitalisations résultant :

- a - des risques de guerre : les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, les conséquences d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, d'une participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage, d'une grève, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si la personne assurée n'y prend pas une part active ;
- b - des sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou de tout phénomène de radio-activité ;
- c - de la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense, assistance à personne en danger), la mutilation volontaire, la manipulation volontaire ou la détention d'engin de guerre ;
- d - du suicide ou de la tentative de suicide ;

e - des maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de la personne assurée, par l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement ;

f - des accidents ou maladies résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, de la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international et leurs essais préparatoires, de la pratique à titre de sportif amateur d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), de la pratique du delta-plane, du vol libre, de la pratique de l'ultra léger motorisé ou du parapente, de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, démonstrations, tentatives de records, compétitions avec usage de véhicule ou embarcation à moteur ;

g - des cures de rajeunissement et des traitements esthétiques à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti. Les cures d'amaigrissement, les cures de désintoxication de quelque nature qu'elles soient, les cures thermales, de thalassothérapie, les séjours dans des centres psychiatriques et pédagogiques, les traitements psychanalytiques, les cures de sommeil, les séjours dans des centres de moyen et long séjour en maison médicalisée ou hospice, dans des maisons de convalescence, de retraite ou de repos et établissements ou services de gériatrie, les séjours à la campagne, à la mer, et à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en sanatorium et préventorium), l'hospitalisation pour bilan de santé ;

h - des maladies et infirmités congénitales des enfants nés en cours d'assurance ;

i - des hospitalisations résultant d'affections prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale (exception faite des grossesses dans certains cas).

## 7. Forclusion

L'action tendant à réclamer le versement de l'allocation hospitalière se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Passé ce délai, les prestations non réclamées ou non perçus se trouvent acquises de plein droit à la mutuelle.

## 8. Cessation de la garantie

Indépendamment des cas de résiliation visés à l'article VI du présent règlement, la garantie et le versement de l'allocation cessent de plein droit :

- au 31 décembre de l'année du 65ème anniversaire du membre participant, à l'exception des salariés couverts dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire incluant la présente allocation, lesquels bénéficient du maintien de la garantie au-delà de l'âge précité jusqu'à la rupture de leur contrat de travail ;

- lorsque ce dernier perd la qualité de membre participant ;

- en cas de retrait d'agrément de la mutuelle.

## **SMATIS FRANCE**

Siège social :

6 à 14, rue du Piave

16920 ANGOULEME CEDEX 9

**[www.smatiss.fr](http://www.smatiss.fr)**