

## ARTICLE 8 – DELAI DE DECLARATION

Toute déclaration pouvant donner lieu au versement de prestations, doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 5 jours ouvrés.

Ce délai, en cas d'accident, est porté à trois mois à compter :

- de la consolidation des blessures révélant une invalidité totale ou partielle attestée médicalement,
- de la date du décès, étant rappelé que le capital forfaitaire n'est pas acquis si le décès survient après l'expiration du délai d'un an après la date de l'accident.

En cas de non respect des délais ci-dessus, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au défaillant une indemnité proportionnée au préjudice qu'elle a subi du fait de ce retard, la preuve du préjudice étant à sa charge.

## ARTICLE 9 – CUMUL DE GARANTIES

Si des garanties de même nature ont été contractées auprès de plusieurs organismes, chacune d'elle produit ses effets dans la limite des garanties quelle que soit la date de souscription. Le membre a donc l'obligation de déclarer l'existence de ces garanties.

Dans cette limite et après intervention de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime spécifique équivalent, l'adhérent adresse sa demande de remboursement à l'organisme complémentaire de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée conformément au 2<sup>ème</sup> alinéa du décret n° 90.769 du 30/08/1990 pris pour l'application de l'article 9 de la loi n° 89.1009 du 31/12/1989.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux prestations forfaitaires « invalidité et décès ».

## Article 10 – DEFINITION DE L'ACCIDENT CORPOREL ET DE LA MALADIE GRAVE

L'« *accident corporel* » est défini comme « toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure » survenu au cours ou à l'occasion des activités garanties et par assimilation, les intoxications alimentaires. Par extension, les décès soudains survenus au cours ou à l'occasion d'une activité sportive sont considérés comme « accident », quelle qu'en soit la cause.

La « *maladie grave* » est définie comme maladie médicalement constatée se déclarant au cours d'un voyage ou séjour, d'une durée égale ou supérieure à 72 heures consécutives, entraînant :

- un arrêt total des activités de plus de 20 jours,

ou

- une hospitalisation médicale ou chirurgicale, soit dans un établissement hospitalier public ou privé supérieure à un jour, soit à domicile.

Ces définitions s'appliquent à l'ensemble des prestations indemnitaires et forfaitaires mentionnées ci-dessous.

## Article 11 – FRAIS DE SOINS (en cas d'accident corporel ou de maladie grave)

Est assurée aux membres participants la prise en charge du remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, soins dentaires, d'hospitalisation (y compris forfait hospitalier) et de transport du blessé, restés à charge après intervention des organismes sociaux et dans la mesure où ils relèvent d'une prescription médicale.

**Les frais d'intervention chirurgicale esthétique pure sont exclus de la garantie.**

### *Conditions d'intervention*

Le bénéficiaire des garanties doit régler directement le montant des frais engagés, la Mutuelle ne procédant qu'au remboursement de ceux-ci.

Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, d'appareillage sont pris en charge par la Mutuelle dans la mesure où ceux-ci relèvent de prestations normalement prévues par le Code de la Sécurité Sociale ou par tout autre régime obligatoire et qu'ils ont été engagés sur prescription médicale.

Si l'adhérent est :

1. **assujetti** à un régime de Sécurité Sociale, le remboursement est égal à la différence entre le montant calculé sur la base du tarif conventionnel et les prestations versées par la Caisse dont dépend l'intéressé.
2. **non assujetti** à un régime de Sécurité Sociale, le remboursement est égal à la différence entre le montant calculé sur la base du tarif conventionnel et les prestations qui auraient été versées par la Caisse d'Assurance Maladie du lieu de domicile de l'adhérent.

Au-delà du tarif plafond conventionnel, les frais de soins, pharmaceutiques, prothétiques et d'hospitalisation garantis peuvent donner lieu à majoration dans la limite de 200 % de ce tarif-plafond. Aucun dépassement de tarif justifié par la situation de fortune du bénéficiaire ne peut donner lieu à majoration. Pour les frais médicaux prescrits mais non codifiés (PHN : Prestations Hors Nomenclature) ou sans tarif-plafond conventionnel (NR), la prise en charge sera plafonnée à 600 €.

En tout état de cause, la Mutuelle ne prend pas en charge la contribution forfaitaire instaurée par la loi du 13 août 2004 (1 € au 1<sup>er</sup> juillet 2005), ni l'augmentation du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non respect du parcours de soins (et ce, conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale).

La Mutuelle ne prend pas non plus en charge les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter conformément à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.

### *Durée du service des prestations*

1 – En cas d'accident :

Le versement des frais de soins, prestations complémentaires et frais de premier appareillage cesse à la date de guérison ou de consolidation des blessures et en cas d'invalidité, à la date de fixation du degré d'invalidité.

Le service peut être repris si, postérieurement à la date de consolidation ou de fixation du degré d'invalidité, l'état de l'intéressé présente une aggravation mais à condition qu'il soit reconnu, après expertise, que cet état est la conséquence de l'accident ayant ouvert droit aux premières prestations.

2- En cas de maladie :

Les prestations ne peuvent être versées pendant plus de 60 jours à compter du premier acte médical pour la même maladie.