

REGLEMENT MUTUALISTE - version du 28/07/26

TITRE 1 : IDENTIFICATION DE LA MUTUELLE	2
article R 111 - Dénomination	2
TITRE 2 : CATEGORIES DE BENEFICIAIRES	2
article R 211 - Les catégories de bénéficiaires maj 20/11/23	2
TITRE 3 : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE	2
CHAPITRE 1 : DROITS D'ADMISSION	2
article R 311 - Montant et exigibilité du droit d'admission maj 28/07/26	2
article R 312 - Plafonnement du droit d'admission maj 17/11/11	3
CHAPITRE 2 : COTISATIONS	3
article R 321 - Définition de la cotisation	3
article R 322 - Participation des Comités d'entreprises	3
article R 323 - Membres honoraires	3
article R 324 - Contrat collectif à adhésion obligatoire maj 24/07/24	3
article R 325 - Complémentaire Santé Solidaire maj 21/11/24	3
article R 326 - Service national obligatoire	4
article R 327 - Droit aux prestations	4
article R 328 - Non paiement des cotisations maj 25/07/25	4
CHAPITRE 3 : INFORMATIONS DE LA MUTUELLE	4
article R 331 - Réticence ou fausse déclaration	4
article R 332 - Justificatifs maj 28/07/26	4
TITRE 4 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS	5
CHAPITRE 1 : PRESTATIONS MALADIE – ACCIDENT	5
article R 411 - Cadre général des prestations maj 28/07/22	5
article R 412 - Contrat responsable maj 28/07/22	5
article R 413 - Tickets modérateurs de référence maj 28/07/22	5
article R 414 - Liste des prestations maladie et accident maj 28/07/26	5
CHAPITRE 2 : CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS MALADIE ET ACCIDENT	8
article R 421 - Délai de forclusion	8
article R 422 - Dépenses effectives	8
article R 423 - Prestations non dues aux invalides maj 23/11/21	8
article R 424 - Délai de stage maj 30/09/20	9
article R 425 - Subrogation de la mutuelle	9
article R 426 - Réclamations maj 24/11/20	9
article R 427 - Médiation maj 25/11/25	9
CHAPITRE 3 : PREVOYANCE COLLECTIVE	10
article R 431 - Cadre légal maj 07/10/10	10
SECTION I : CONTRATS EN INCLUSION	10
article R 432-1 – Garanties en inclusion maj 27/07/21	10
article R 432-2 - Garantie indemnité Obsèques maj 21/11/22	10
article R 432-3 - Garantie Assistance Vie quotidienne et Protection juridique Santé maj 27/07/21	10
SECTION 2 : CONTRATS A ADHESION FACULTATIVE	10
TITRE 5 : TABLEAU DES COTISATIONS	11
article R 511 - Montant des cotisations santé (maladie et accident) maj 25/11/25	11
article R 512 - Montant de la cotisation en dispense de cotisation santé maj 21/11/24	11

TITRE 1 : IDENTIFICATION DE LA MUTUELLE

article R 111 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle appelée Mutuelle Interentreprises du Personnel de la Sécurité Sociale de la Région Auvergne (MIPSS Auvergne) qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions du livre 2 de ce code.

TITRE 2 : CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

article R 211 - Les catégories de bénéficiaires

maj 20/11/23

Les bénéficiaires se répartissent en quatre catégories :

- 1ère catégorie
membre participant ou ayant droit, ne relevant pas d'une autre catégorie.
- 2ème catégorie :
membre participant ou ayant droit, soit
 - en activité salariée ou situation équivalente,
 - relevant de l'article R160-10 du code de la Sécurité Sociale.
- 3ème catégorie :
membre participant ou ayant droit, âgé de moins de 28 ans et soit :
 - poursuivant ses études,
 - en apprentissage,
 - inscrit au Pôle Emploi ou stagiaire d'un contrat de formation professionnelle.
- 4ème catégorie :
troisième enfant et suivants du membre participant, du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un PACS, jusqu'à l'âge de 20 ans et soit :
 - poursuivant ses études,
 - en apprentissage,
 - inscrit au Pôle Emploi ou stagiaire d'un contrat de formation professionnelle.

TITRE 3 : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : DROITS D'ADMISSION

article R 311 - Montant et exigibilité du droit d'admission

maj 28/07/26

Les membres participants paient un droit d'admission fixé à une 1/2 année de cotisation.

Cependant, sont dispensées de droit d'admission les personnes qui demandent leur primo-adhésion avant l'âge de 80 ans ou durant l'année de mise en œuvre d'une mutuelle de village et l'année civile suivante.

Le rattachement d'un ayant droit à une date postérieure à l'adhésion du membre participant est subordonné au paiement d'un droit d'admission correspondant à une 1/2 année de cotisation.

Cependant, sont dispensées de droit d'admission les personnes primo-rattachées avant l'âge de 80 ans ou durant l'année de mise en œuvre d'une mutuelle de village et l'année civile suivante.

En cas d'adhésions ou de rattachements simultanés, un seul droit d'entrée est appelé.

article R 312 - Plafonnement du droit d'admission

maj 17/11/11

En application de l'article R212.9.1 du code de la mutualité, le droit d'admission ne peut dépasser le rapport entre la marge de solvabilité effectivement constituée et le nombre de membres participants et honoraires sur lequel portent les comptes approuvés.

Toutefois, lorsque la marge de solvabilité effectivement constituée est inférieure au montant minimal réglementaire ; le premier terme de ce rapport est majoré du montant de cette insuffisance.

CHAPITRE 2 : COTISATIONS

article R 321 - Définition de la cotisation

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

La cotisation est fixée :

- chaque année,
- forfaitairement, pour chaque catégorie de bénéficiaires,
- en fonction des dépenses prévues pour l'année suivante pour la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle, les cotisations à des organismes extérieurs (unions) ou techniques (caisse autonome, caisse nationale de prévoyance, ...), dont les montants et les modalités de paiement sont fixées par les statuts ou règlements de ces organismes, et les frais de fonctionnement de la mutuelle.

La cotisation est payée, par avance, soit par prélèvement mensuel sur salaire, soit par prélèvement mensuel ou trimestriel sur compte bancaire ou postal.

article R 322 - Participation des Comités d'entreprises

Les comités d'entreprises, d'établissements,..., des organismes désignés à l'article 121-1 des statuts de la Mutuelle participent au service des prestations par le versement d'une contribution dont ils communiquent le montant à la mutuelle chaque année.

article R 323 - Membres honoraires

Les membres honoraires paient une cotisation dont le montant minimum est de 15 EUR par an.

article R 324 - Contrat collectif à adhésion obligatoire

maj 24/07/24

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations « maladie et accident » pendant la durée de toute obligation d'adhésion à un contrat collectif « maladie et accident », attaché à son contrat de travail.

Durant cette période il n'a pas droit aux prestations. Seuls, les ayants droit pourront continuer à bénéficier des prestations, moyennant le paiement de la cotisation prévue.

A la date d'extinction de l'obligation d'adhésion à un contrat collectif attaché à son contrat de travail, le membre participant bénéficie de plein droit, à sa demande, des avantages de la mutuelle, pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de sa cotisation au plus tard, à la fin de l'année civile suivant la date d'extinction de l'obligation d'adhésion à un contrat collectif attaché à son contrat de travail, sa radiation est prononcée d'office par le conseil d'administration.

article R 325 - Complémentaire Santé Solidaire

maj 21/11/24

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations « maladie et accident » pendant la durée de toute adhésion à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ou à tout dispositif instauré par la loi qui viendrait s'y substituer.

Durant cette période il n'a pas droit aux prestations. Seuls, les ayants droit pourront continuer à bénéficier des prestations, moyennant le paiement de la cotisation prévue.

A la date d'extinction de l'adhésion à la Complémentaire Santé Solidaire, le membre participant bénéficie de plein droit, à sa demande, des avantages de la mutuelle, pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de sa cotisation au plus tard, à la fin de l'année civile suivant la fin de l'adhésion à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), sa radiation est prononcée d'office par le conseil d'administration.

article R 326 - Service national obligatoire

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de tout service légal obligatoire, ainsi qu'en cas de mobilisation ou de captivité, mais durant cette période il n'a pas droit aux prestations. Seuls, les ayants droit pourront continuer à bénéficier des avantages statutaires moyennant le paiement de la cotisation normale prévue.

Le membre participant qui a effectué un service légal obligatoire, a été mobilisé ou retenu en captivité, bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la société, pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date de ses obligations statutaires.

Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de sa cotisation à l'expiration du délai d'un an à compter de son retour, sa radiation est prononcée d'office par le conseil d'administration.

article R 327 – Droit aux prestations

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

article R 328 – Non paiement des cotisations

maj 25/07/25

Conformément à l'article L 221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La résiliation des garanties pourra intervenir 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement..

CHAPITRE 3 : INFORMATIONS DE LA MUTUELLE

article R 331 - Réticence ou fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, en application de l'article L 221-14 du code de la mutualité.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts et sans préjudice de poursuites.

article R 332 - Justificatifs

maj 28/07/26

Du seul fait de leur adhésion, les bénéficiaires de la Mutuelle acceptent de lui fournir, sur demande de celle-ci, toutes justifications permettant de vérifier les conditions d'adhésion et l'affectation à une catégorie de bénéficiaires.

Le défaut de justificatifs des éléments demandés pour cette affectation entraînera le classement en 1^{ère} catégorie.

Les adhérents s'engagent à informer la Mutuelle de toute modification de situation entraînant un changement de catégorie de bénéficiaires, dans le délai d'un mois après la survenance de l'événement causal.

Les demandes de remboursement concernant des dépenses n'ayant pas fait l'objet d'une télétransmission par l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire sont accompagnées notamment :

- des décomptes de cet organisme et/ou d'un autre organisme complémentaire,
- des factures acquittées détaillant les frais engagés,
- des factures subrogatoires des professionnels de santé, en cas de tiers payant,
- et, pour les soins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, de la prescription médicale.

En cas de nécessité, la Mutuelle peut demander toute pièce complémentaire nécessaire à un remboursement.

TITRE 4 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

CHAPITRE 1 : PRESTATIONS MALADIE – ACCIDENT

article R 411 - Cadre général des prestations *maj 28/07/22*

Les prestations accordées par la mutuelle interviennent dans la limite des frais exposés et, sauf mention explicite contraire :

- pour des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et en complément des remboursements de celle-ci,
- en référence à la Base de Remboursement (BR) de l'assurance maladie obligatoire.

article R 412 - Contrat responsable *maj 28/07/22*

Les prestations accordées par la mutuelle au titre du présent règlement respectent les dispositions relatives au contrat responsable, mentionnées à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale.

En cas d'évolution de la réglementation relative au contrat responsable, le Conseil d'Administration procède sans délai aux modifications du présent règlement.

Ces modifications seront soumises à l'Assemblée Générale pour ratification.

article R 413 - Tickets modérateurs de référence *maj 28/07/22*

Le ticket modérateur des prestations entrant dans le champ du contrat responsable, mentionné à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale, est celui en vigueur à la date des soins.

article R 414 - Liste des prestations maladie et accident *maj 28/07/26*

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

I - SOINS COURANTS

- 1.1 Remboursement du **ticket modérateur** des soins médicaux, chirurgicaux, des actes de radiodiagnostic et de radiothérapie, des soins d'auxiliaires médicaux et des séances d'accompagnement psychologique.
- 1.2 Remboursement du **ticket modérateur forfaitaire** sur les actes médicaux coûteux.
- 1.3 Remboursement du **ticket modérateur** des spécialités pharmaceutiques à service médical rendu majeur ou important, produits pharmaceutiques, petit appareillage, appareils orthopédiques et grand appareillage, analyses et frais de transport.
- 1.4 Remboursement des spécialités pharmaceutiques à service médical rendu modéré, à hauteur de **70% de la Base de Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire.
- 1.5 Remboursement des spécialités pharmaceutiques homéopathiques, dans la limite de **2,50 EUR par unité** médicalement prescrite, à compter du 01/01/21.
- 1.6 Remboursement des dépassements de tarif des appareils orthopédiques et grand appareillage, à hauteur de **200% de la Base de Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire, ticket modérateur compris.

II – MATERIEL MEDICAL

- 2.1 Remboursement du **ticket modérateur** des frais d'acquisition des prothèses capillaires et accessoires, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- 2.2 Remboursement des dépassements de tarif des prothèses capillaires de la classe 2 ou « 100% Santé » et accessoires, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, à hauteur des frais exposés par l'adhérent et dans la limite du prix limite de vente (PLV).

La prise en charge est limitée à un équipement par période de 12 mois à compter de la date d'acquisition.

- 2.3 Remboursement du **ticket modérateur** des frais de location de courte durée des véhicules pour personne en situation de handicap, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- 2.4 Remboursement des dépassements de tarif des frais de location de courte durée des véhicules pour personne en situation de handicap, éligibles au « 100% Santé », pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, à hauteur des frais exposés par l'adhérent et dans la limite leur prix limite de vente.

La prise en charge est limitée à 3 mois, renouvelable une fois sur prescription médicale, avec un maximum de 6 mois consécutifs par année mobile.

Une dérogation peut être accordée en cas de nouvelle indication médicale, confirmée par prescription.

III - AIDES AUDITIVES

- 3.1 Remboursement du ticket modérateur des frais d'acquisition des aides auditives, des consommables, piles ou accessoires, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- 3.2 Remboursement des dépassements de tarif des aides auditives
 - 3.2.1 de la classe 1 ou « 100% Santé », à hauteur des frais exposés par l'adhérent et dans la limite du prix limite de vente (PLV),
 - 3.2.2 à tarif libre, dans la limite d'un forfait de 550,00 EUR, ticket modérateur compris, pour un équipement.

Ces remboursements s'entendent pour chaque oreille indépendamment, par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition.

IV - OPTIQUE

- 4.1 Remboursement du **ticket modérateur** des équipements d'optique.
- 4.2 Remboursement des dépassements de tarif des équipements d'optique
 - 4.2.1 de la classe A ou « 100% Santé », à hauteur des frais exposés par l'adhérent et dans la limite du prix limite de vente (PLV). Il en est de même pour la prestation d'appairage pour des verres aux indices de réfraction différents et pour le supplément s'appliquant aux verres disposant de filtre.
 - 4.2.2 à tarif libre, comprenant
 - deux verres simples, à hauteur de **95,00 EUR**,
 - un verre simple et un verre complexe ou très complexe, à hauteur de **125,00 EUR**,
 - deux verres complexes ou très complexes, à hauteur de **200,00 EUR**,
 dont un plafond de **30,00 EUR** consacré à la monture, ticket modérateur compris.

Un équipement désigne une monture et deux verres.

Sauf dérogations prévues à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, la prise en charge est limitée à un équipement par **période** de :

- deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- un an pour les assurés de moins de 16 ans,
- six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

La prise en charge de deux équipements est possible, dans les seuls cas prévus à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale.

- 4.3 Remboursement des lentilles correctrices, à hauteur de 95,00 EUR par an, y compris si elles ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire mais médicalement prescrites. Ce remboursement n'est pas cumulable avec celui d'équipements optiques.
- 4.4 Remboursement des actes de chirurgie réfractive, à hauteur de 200,00 EUR par œil, y compris si elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

V - DENTAIRE

- 5.1 Remboursement du ticket modérateur des actes, des soins et des prothèses dentaires.
- 5.2 Remboursement des dépassements de tarif des prothèses dentaires
 - 5.2.1 du panier « 100% Santé », à hauteur des **frais exposés** par l'adhérent et dans la limite de leur prix limite de vente (PLV).
 - 5.2.2 des paniers à tarif maîtrisé et à tarif libre, à hauteur de 175% de la Base de Remboursement de l'assurance maladie obligatoire, ticket modérateur compris.
- 5.3 Remboursement des traitements d'orthopédie dentofaciale, à hauteur de 100% de la Base de **Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire.

VI - CURES THERMALES

- 6.1 Remboursement des honoraires médicaux et les traitements hydrothérapiques à l'occasion d'une cure thermale, à hauteur de **30% de la Base de Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire,
- 6.2 Remboursement, à l'occasion d'une cure thermale, soit:
 - 6.2.1 des frais de transport et du forfait hébergement, à hauteur de 35% de la Base de Remboursement de l'assurance maladie obligatoire,
 - 6.2.2 d'une participation forfaitaire, en l'absence de participation de l'assurance maladie obligatoire et sur présentation d'un justificatif, égale à :
 - **67,50 EUR** en cas de frais d'hébergement et de transport,
 - **12,00 EUR**, en cas de frais de transport sans hébergement.

VII - HOSPITALISATION

- 7.1 Remboursement, en cas d'hospitalisation chirurgicale, médicale ou d'hébergement en maisons ou centres spécialisés, du **ticket modérateur** des honoraires et autres éléments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et relatifs à l'intervention, à l'hospitalisation ou à l'hébergement.
- 7.2 Remboursement, en cas d'hospitalisation, du ticket modérateur forfaitaire sur les actes médicaux coûteux.
- 7.3 En cas d'hospitalisation, remboursement d'un supplément pour une **chambre particulière** sur la base de **25,00 EUR** par jour et dans la limite de **40 jours** par année mobile, à compter du 1^{er} remboursement. Cette garantie ne peut être remboursée que si sa facturation est conforme à l'article R162-27 du code de la Sécurité Sociale, en matière d'exigence particulière du patient et d'absence de motif médical.
- 7.4 En cas d'intervention ambulatoire, remboursement d'un supplément pour un **espace privatif individuel** ou une **chambre particulière**, sur la base de **25,00 EUR** par jour et dans la limite de **40 jours** par année mobile, à compter du 1^{er} remboursement. Cette garantie ne peut être remboursée que si sa facturation est conforme à l'article R162-27 du code de la Sécurité Sociale, en matière d'exigence particulière du patient et d'absence de motif médical.
- 7.5 Remboursement de la **différence** existant entre le tarif de la clinique privée dans laquelle a eu lieu l'hospitalisation et le tarif de l'établissement désigné comme le plus proche du domicile du malade par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite de 20% du tarif de l'établissement le plus élevé du Puy de Dôme dans la même catégorie.
- 7.6 Remboursement de la carte de contrôle de compatibilité du groupe sanguin.

- 7.7 Remboursement des frais de séjour d'un accompagnant, pour les enfants, jusqu'à l'âge de 10 ans ou au-delà s'ils sont handicapés, admis en cliniques ou en hôpitaux pour une intervention ou une hospitalisation médicale, pendant une durée égale à celle du séjour de l'enfant, plafonnée à **10 jours par année mobile**, à compter du 1^{er} remboursement et dans la limite quotidienne de **2 fois** le montant plafond prévu pour le forfait hospitalier journalier en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO).
- 7.8 Remboursement du forfait patients urgences, consécutif à un passage au service des urgences sans hospitalisation.
- 7.9 Remboursement des gardes de nuit à domicile, après une intervention ou une hospitalisation médicale, pendant une durée plafonnée à **10 jours par année mobile** à compter du 1^{er} remboursement, et dans la limite quotidienne de **2 fois** le montant plafond prévu pour le forfait hospitalier journalier en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO).
- 7.10 Remboursement du **Forfait Hospitalier Journalier** pour les séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY).

VIII - PREVENTION

- 8.1 Remboursement, en application de l'article R871.1 du code de la Sécurité Sociale, du **ticket modérateur** des prestations de prévention listées à l'article 1 de l'arrêté du 08/06/06.

IX - MATERNITE

- 9.1 Remboursement des suppléments de prix de journée pour la chambre à un lit pour motif non médical, sur la base de **25,00 EUR** par jour et dans la limite de **40 jours**.

X - ACCIDENT DU TRAVAIL

- 10.1 Les risques Accident du Travail et Maladies Professionnelles ne sont pas garantis par la mutuelle.

CHAPITRE 2 : CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS MALADIE ET ACCIDENT

article R 421 - Délai de forclusion

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justifications prévues au règlement devront, sous peine de forclusion, être produites dans le délai de deux ans à compter de l'évènement qui y a donné naissance.

article R 422 - Dépenses effectives

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

article R 423 – Prestations non dues aux invalides

maj 23/11/21

Les bénéficiaires relevant de l'article R160-10 du code la Sécurité Sociale et inscrits à la mutuelle en seconde catégorie de bénéficiaires ne peuvent prétendre au remboursement des tickets modérateurs prévus à l'article R414 du présent règlement mutualiste, à l'exception de celui des spécialités pharmaceutiques à service médical rendu modéré.

article R 424 - Délai de stage

maj 30/09/20

Chaque adhérent ou ayant droit devra accomplir un stage de 3 mois, au cours duquel les prestations suivantes ne sont pas dues :

- spécialités pharmaceutiques homéopathiques,
- dépassements de tarif des appareils orthopédiques et grand appareillage,
- dépassements de tarif des prothèses dentaires et auditives hors 100% Santé,
- dépassements de tarif des équipements d'optiques hors 100% Santé,
- lentilles correctrices,
- chirurgie réfractive de l'œil,
- soins et autres frais à l'occasion d'une cure thermique,
- suppléments de prix de journée pour la chambre à un lit pour motif non médical.

article R 425 - Subrogation de la mutuelle

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité; de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

article R 426 - Réclamations

maj 24/11/20

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser, par lettre simple ou envoi électronique à :

- MIPSS Auvergne - Gestion des Réclamations
Immeuble CARSAT – 5 rue Entre les Deux Villes - 63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9
- reclamations@mipss-auvergne.fr

article R 427 - Médiation

maj 25/11/25

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le membre participant ou l'ayant droit peuvent saisir l'entité de médiation « MEDIATION CONSOMMATION DÉVELOPPEMENT » (MED CONSO DEV)

- soit sur le site internet
<https://www.medconsodev.eu>
- soit par voie postale à :
MEDIATION CONSOMMATION DÉVELOPPEMENT MED CONSO DEV
Centre d'Affaires Stéphanois SAS
Immeuble L'Horizon – Esplanade de France
3, rue J Constant Milleret – 42000 Saint-Étienne

La procédure de médiation est gratuite pour le membre participant ou l'ayant droit, hors l'assistance d'un avocat ou d'un expert.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit de l'adhérent, d'un ayant droit ou de la mutuelle à saisir la justice.

Les conditions et modalités d'intervention de la conciliation peuvent être obtenues sur demande auprès de la mutuelle ou de MED CONSO DEV.

CHAPITRE 3 : PREVOYANCE COLLECTIVE

article R 431 - Cadre légal

maj 07/10/10

Conformément à l'article L 221-3 du code de la mutualité, la Mutuelle contracte auprès de structures assuranciennes ou de tout autre organisme agréé, au profit de ses membres, des garanties de prévoyance collective couvrant les risques vie ou non vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies par les statuts et les règlements des structures assuranciennes assurant les risques et par les notices d'information annexées au présent règlement.

SECTION I : CONTRATS EN INCLUSION

article R 432-1 – Garanties en inclusion

maj 27/07/21

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la mutuelle.

Une notice d'information, établie par le tiers assureur pour chacun des contrats énoncés, est remise au membre participant lors de son adhésion. Cette notice définit les garanties offertes, leurs modalités d'application ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Les garanties en inclusion suivent le sort du contrat complémentaire santé auxquelles elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation...).

article R 432-2 - Garantie indemnité Obsèques

maj 21/11/22

Dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la mutuelle auprès de la mutuelle Victor Hugo, une indemnité obsèques de 1 220,00 EUR est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques liés au décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit, inscrits à la Mutuelle au moment du décès.

L'article L223-5 du code de la mutualité interdisant la souscription d'une assurance sur la tête d'un enfant de moins de 12 ans, le montant des frais d'obsèques relatif à cette catégorie de bénéficiaires est pris en charge, dans la limite des frais réellement engagés et un maximum de 1 220,00 EUR.

article R 432-3 - Garantie Assistance Vie quotidienne et Protection juridique Santé

maj 27/07/21

Dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la mutuelle, auprès de Garantie Assistance, des prestations d'assistance en cas de maladie ou d'accident, des prestations en cas de décès et une protection juridique en matière de santé sont accessibles au membre participant et à ses ayants droit, inscrits à la Mutuelle au moment de la survenue de l'évènement déclenchant.

SECTION 2 : CONTRATS A ADHESION FACULTATIVE

TITRE 5 : TABLEAU DES COTISATIONS**Année 2026***article R 511 - Montant des cotisations santé (maladie et accident)**maj 25/11/25*

Montant des cotisations par catégorie de l'article R 211

Catégorie	Bénéficiaires	Cotisation annuelle TTC (*)
1^{ère} Catégorie	Adhérent ou ayant droit ne relevant pas d'une autre catégorie	1 183,20 EUR
2^{ème} Catégorie	Adhérent ou ayant droit, soit - en activité salariée ou situation équivalente - invalide ou ex-invalide (art R160-10 du code SS)	888,00 EUR
3^{ème} Catégorie	Adhérent ou ayant droit étudiant, apprenti ou chômeur âgés de moins de 28 ans	475,20 EUR
4^{ème} Catégorie	3 ^{ème} enfant et suivants âgés de moins de 20 ans	0,00 EUR

(*) cotisation annuelle qui comprend les cotisations « Indemnité Obsèques » et « Assistance Santé ».

*article R 512 - Montant de la cotisation en dispense de cotisation santé**maj 21/11/24*

Catégorie	Bénéficiaires	Cotisation annuelle TTC(*)
1 à 4	Toute personne protégée relevant de l'article R 324	74,40 EUR

(*) cotisation annuelle qui comprend les cotisations « Indemnité Obsèques » et « Assistance Santé ».