



Règlement Mutualiste

Mutuelle Mip l'Entreprise Santé

Adopté à l'Assemblée Générale des 22 et 23 mai 2025

S O M M A I R E

TITRE 1 - DISPOSITIONS APPLICABLES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE	4
CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1. Législation applicable	4
Article 2. Objet	4
Article 3. Délai de déclaration – Nullité – Prescription – Réclamation	4
3.1 Délai de déclaration	4
3.2 Prescription	4
3.3 Nullité	5
3.4 Réclamation et médiation	5
Article 4. Protection des données personnelles	6
Article 5. Contrôle – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	6
5.1 Contrôle	6
5.2 Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	6
Article 6. Adhésion	7
6.1. Adhésion à l’initiative de l’adhérent	7
6.2. Adhésion à distance ou dans le cadre d’un démarchage	7
Article 7. Délais de carence – Réintégration – Majoration de cotisation pour réintégration	7
7.1 Délai de carence	7
7.2 Réintégration	8
7.3 Majoration de cotisation pour réintégration	8
Article 8. Effet - Durée - Renouvellement de l’adhésion	8
Article 9. Démission – Maintien	9
9.1 Démission	9
9.2 Maintien	9
Article 10. Membres Participants – répartition des membres	9
Article 11. Ouverture, modification et cessation des garanties	10
11.1. Date d’effet des garanties	10
11.2. Modifications des garanties	10
11.3. Cessation des garanties	10
Article 12. Subrogation	10
CHAPITRE 2 – COTISATIONS	11
Article 13. Bases de cotisations	11
13.1 Paiement des cotisations	11
13.2 Non-paiement des cotisations	11
13.3 Exemption, diminution, gratuité, reconduction	11
CHAPITRE 3 - GARANTIES FRAIS MEDICAUX	12
Article 14. Risques garantis – Exclusions	12
14.1 Prestations garanties	12
14.2 Limites et exclusions	12
Article 15. Bénéficiaires des prestations	13
Article 16. Assiette des prestations	13
Article 17. Prestations : assurés d’Alsace Moselle	13

Article 18.	Règlement des prestations	13
18.1	Justificatifs à fournir	13
18.2	Versement des prestations	14
Article 18 bis.	Contrôle et expertise	14
18 bis.1	Mesures de contrôle et vérifications.....	14
18 bis.2	Expertise médicale	15
18 bis.3	Suspension des prestations en cas de détection de fraude	15
Article 19.	Tiers payant	15
Article 20.	Assurances cumulatives	15
Article 21.	Créances – accidents	16
Article 22.	Limite des remboursements.....	16
Article 23.	Frais d’accompagnement.....	16
Article 24.	Forfait journalier hospitalier (FJH)	16

TITRE 2 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES APPLICABLES A CERTAINES GARANTIES.....	17
CHAPITRE 1 – ALLOCATION « INDEMNITES JOURNALIERES » (FACULTATIVE).....	17
CHAPITRE 2 – ALLOCATION « INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION » (GARANTIE FORFAITAIRE FACULTATIVE).....	17
CHAPITRE 3 - MIP OBSEQUES (FACULTATIVE).....	17
CHAPITRE 4 - GARANTIE PREVOYANCE DES TRAVAILLEURS NONSALARIES (FACULTATIVE)...	17
CHAPITRE 5 - GARANTIE VIE-ENTIERE (FACULTATIVE).....	17
CHAPITRE 6 - GARANTIE RENTE AU SURVIVANT HANDICAPE (FACULTATIVE)	18

TITRE 1 - DISPOSITIONS APPLICABLES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Législation applicable

Le présent règlement mutualiste est exclusivement soumis à la loi française.

Il est régi par le Code de la Mutualité et par les dispositions de la loi N°89-1009 du 31 décembre 1989.

Il est établi en conformité avec la réglementation concernant l'Assurance Maladie ; les mesures prises par la Loi 2003-775 du 21 Août 2003 portant réforme des retraites (dite Loi Fillon) et les textes y afférents ainsi que les dispositions du code de la Sécurité sociale s'appliquant aux contrats de complémentaire santé.

Les dispositions de ces textes législatifs s'appliquent automatiquement dans tous les cas de figure non prévus explicitement par le présent règlement mutualiste.

A l'exception des conditions expressément mentionnées dans le règlement mutualiste, les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle s'appliquent.

Article 2. Objet

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles Mutuelle Mip assure des garanties au profit de membres participants à titre individuel ou collectif facultatif relevant des compositions familiales visées au bulletin d'adhésion.

Les garanties proposées par Mutuelle Mip sont des garanties :

- Frais médicaux
- Indemnités journalières
- Obsèques
- Décès

Article 3. Délai de déclaration – Nullité – Prescription – Réclamation

3.1 Délai de déclaration

Les demandes de remboursement des prestations doivent être produites dans un délai maximum de 24 mois courant à partir de la date retenue par le décompte de la Sécurité sociale, sauf cas de force majeure ou cas fortuit ou si la Mutuelle ne subit pas de préjudice.

Ce délai s'applique, à compter de la date de paiement, aux dépenses non prises en charge par le régime obligatoire et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

3.2 Prescription

En application de l'Article L221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue dans les conditions définies par l'Article L221-12 du Code de la Mutualité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),

- **L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),**
- **Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),**
- **L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

3.3 Nullité

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle caractérisant une fraude de la part du membre participant, ce dernier est informé par la Mutuelle, des fautes constatées et de la preuve du caractère frauduleux de ces dernières et invité à fournir des explications.

Conformément aux dispositions de l'Article L221-14 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut ensuite prononcer l'annulation des droits aux prestations liées à la fraude, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En cas de fraude ou de tentative de fraude par les membres participants ou leurs ayants droit, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations indues, ces derniers peuvent être exclus de la Mutuelle : celle-ci se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi. 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.

On entend par fraude tout acte délibéré visant à obtenir indûment une prestation. Elle se caractérise par exemple par une omission volontaire, une fausse déclaration intentionnelle ou encore la falsification de documents.

3.4 Réclamation et médiation

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) portant sur son adhésion, le membre participant peut s'adresser à son conseiller ou contact habituel.

En cas de réponse non satisfaisante, une réclamation peut être adressée en priorité à la Mutuelle, par voie postale à l'attention du Service Qualité Mutuelle Mip – 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS, par voie électronique depuis le site internet de la Mutuelle www.mutuelle-mip.fr, ou par téléphone au 01.55.80.49.50.

La Mutuelle accusera réception de la réclamation écrite dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse dans le délai maximum de deux (2) mois suivant son envoi, cachet de la poste faisant foi.

En application des dispositions de l'article L.612-1 et suivants du code de la consommation, après épuisement des voies de recours internes à la Mutuelle et en tout état de cause deux (2) mois après l'envoi de la réclamation initiale (quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu), et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend qui vous oppose à la Mutuelle, adresser une demande au Médiateur de la FNMF. Il peut être saisi :

- ⇒ Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard – 75719 Paris cedex 15,
- ⇒ Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Pour être recevable, cette saisine doit intervenir dans un délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite formulée auprès de la Mutuelle.

Article 4. Protection des données personnelles

En application de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004, la Loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 et la Loi n°2017-55 du 20 janvier 2017, et en application du Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016, Mutuelle Mip, responsable du traitement, informe les personnes concernées de la finalité des traitements portant sur leurs données à caractère personnel, des destinataires de ces traitements, de la durée de conservation des informations collectées ainsi que des droits des personnes.

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements informatiques dans le respect du Code de la consommation, du Code de la mutualité et du Code monétaire et financier dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, pour la gestion et l'exécution des garanties souscrites et, notamment, pour la préparation et la gestion des adhésions, le suivi et le contrôle des prestations, ou à des fins statistiques pour la tarification, l'évaluation, la vérification et la surveillance du risque.

L'accès à ces données est réservé aux services technique, gestion/après-vente, comptabilité, juridique et au service informatique de la Mutuelle, ainsi qu'aux Souscripteurs ou bénéficiaires des prestations. La Mutuelle peut être amenée à transmettre les données collectées aux organismes de Sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, aux organes de contrôle, au commissaire aux comptes et aux organismes partenaires de réassurance.

Si, pour les besoins de réalisation du service demandé, un transfert des données est réalisé en dehors de l'Union Européenne vers un pays ne disposant pas d'un niveau de protection adéquat, le Souscripteur et le membre participant sont informés des risques liés à ce transfert et leur consentement est recueilli au préalable dans la fiche d'adhésion.

En aucun cas, les données ainsi collectées ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales.

Les données personnelles collectées sont nécessaires à l'exécution des garanties souscrites, à sa gestion et son suivi ainsi qu'aux finalités poursuivies telles que décrites précédemment.

Les données sont conservées pendant toute la durée de vie de votre contrat. A la résiliation du contrat, les données personnelles sont conservées en application des délais de prescriptions imposées par l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, sans préjudice de l'éventuelle application des délais imposés par le droit commun.

Le Souscripteur et le membre participant disposent d'un droit d'accès et de rectification par courrier : Mutuelle Mip – 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS. Le membre participant peut également exercer ces droits sur l'espace privé du site internet de la Mutuelle.

En outre, le Souscripteur et le membre participant disposent d'un droit de suppression, de limitation ou d'un droit d'opposition et du droit à la portabilité des données les concernant en adressant leur demande directement à la Mutuelle. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant votre identité pour des raisons de sécurité et éviter toute demande frauduleuse, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : delegue-protection-donnees@gie-nation.fr ou par courrier Mutuelle Mip – Délégué à la protection des données – 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS.

La Mutuelle dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour répondre aux sollicitations. Au besoin, ce délai peut être prolongé de deux mois, compte tenu de la complexité et du nombre de demandes.

Le Souscripteur ou le membre participant dispose d'un droit de réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle, à l'adresse suivante : www.cnil.fr.

Article 5. Contrôle – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

5.1 Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

5.2 Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En application des articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier, la Mutuelle applique les dispositifs de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme notamment aux regards des obligations de vigilance et de déclaration auprès de la cellule de renseignement financier nationale Tracfin, pour des sommes ou opérations qui proviendraient d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou liées au financement du terrorisme, ou provenant d'une fraude fiscale.

Article 6. Adhésion

6.1. Adhésion à l'initiative de l'adhérent

L'adhésion à la Mutuelle est effective à compter du 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion conforme et dûment complété. La signature du bulletin d'adhésion engage le membre participant à respecter les statuts, le règlement intérieur éventuel ainsi que le règlement mutualiste.

Mutuelle Mip doit avoir remis au membre participant ou au futur membre participant, avant la signature du contrat :

- Le document d'information sur le contrat qui décrit précisément les informations générales, de la Mutuelle, les droits et obligations réciproques,
- Le document d'information sur les produits d'assurance,
- Le bulletin d'adhésion, les statuts et règlement mutualiste.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- La date d'adhésion,
- La définition des catégories de personnel ou de membres, – le caractère familial ou non de l'adhésion,
- Les conditions d'entrée en vigueur de la garantie.

6.2. Adhésion à distance ou dans le cadre d'un démarchage

Les dispositions de l'article 3.1 s'appliquent également dans le cadre d'une adhésion à distance ou suite à un démarchage à domicile, que ce soit à l'initiative ou non de l'adhérent par un professionnel au sens du Code de la consommation.

En application des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité :

- **Dans le cadre d'une adhésion à la Mutuelle issue d'une vente à distance**, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'adhérent a reçu les conditions d'adhésion et les informations prévues à l'article L. 222-6 du code de la consommation si la date de réception est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. En outre, le bulletin d'adhésion doit comprendre un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.

- **Dans le cadre d'une adhésion à la Mutuelle issue d'un démarchage à domicile**, en application des dispositions de l'article L. 221-18-1 du code de la mutualité, le bulletin d'adhésion comporte la mention suivante :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

En outre, le bulletin d'adhésion comprend un modèle de lettre de renonciation.

Le modèle de lettre de renonciation : *« Je vous informe par ce courrier que je renonce à ma souscription au contrat _____ [n° de souscription] signé le _____ [date de signature de la proposition]. En conséquence, je vous prie de bien vouloir me rembourser les sommes versées dans un délai de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Je vous en remercie par avance et vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.*

Article 7. Délais de carence – Réintégration – Majoration de cotisation pour réintégration

7.1 Délai de carence

Toute adhésion à un contrat ou à une option complémentaire implique statutairement l'application de délais de carence, sauf indication contractuelle contraire. Le droit aux prestations prend effet au terme des délais de carence prévus. La chambre particulière est soumise à un délai de carence de 6 mois sous réserve des garanties souscrites.

Les mentions des délais de carence sont reprises dans les fiches produits, les notices d'information ou le guide pratique à usage de notice.

Ces délais commencent à courir dès la date d'effet de l'adhésion du Membre Participant et ne souffrent aucune autre dispense que celles prévues à l'article 11.1 du règlement mutualiste.

7.2 Réintégration

7.2.1.- Toute demande de réintégration après démission pour convenance personnelle d'un membre participant ou de réinscription à un produit complémentaire après radiation pour le même motif, est soumise à l'accord de Mutuelle Mip et fait l'objet du règlement d'une majoration de cotisation.

7.2.2.- Toute réintégration après radiation pour non-paiement de cotisation fait l'objet d'un accord de Mutuelle Mip et du versement d'une majoration de cotisation pour les frais administratifs et de gestion, ainsi que les frais de recouvrement de mise au contentieux, engendrés par le non-paiement, dans les conditions mentionnées à l'article 7.3.2.

7.2.3.- La réintégration des salariés sortant Loi EVIN bénéficiant d'une participation patronale des entreprises membres honoraires au titre de leurs garanties souscrites auprès de Mutuelle Mip, doit au préalable recevoir, l'accord de celles-ci, faute de quoi, elle ne peut se faire qu'à titre individuel.

Toute réintégration est soumise aux délais de carence prévus par le contrat.

7.3 Majoration de cotisation pour réintégration

7.3.1.- Réintégration après démission pour convenance personnelle d'un membre participant ou de réinscription à un produit complémentaire après radiation pour le même motif :

7.3.1.1.- pas de majoration de cotisation prévue lorsque la réintégration se fait plus de 3 ans après la radiation.

7.3.1.2.- la majoration de cotisation est fixée à deux mois de cotisations dans le contrat choisi, au taux en vigueur à la date de la réintégration, lorsque celle-ci se fait moins de 3 ans après la radiation.

7.3.1.3.- la réintégration prend effet au 1er jour du mois suivant la demande.

7.3.1.4.- en cas de réintégration, le droit aux prestations ne s'ouvre qu'à expiration des délais de carence prévus.

7.3.2. - Réintégration après radiation pour non-paiement de cotisation :

7.3.2.1.- si le règlement de la dette intervient dans un délai d'un mois suivant l'édition de la mise au contentieux après la lettre de mise en demeure, la réintégration peut s'effectuer à la date de radiation sans aucune majoration de cotisation, ni délai de carence.

7.3.2.2.- si le règlement de la dette intervient après le délai d'un mois suivant l'édition de la mise au contentieux, Mutuelle Mip exige le règlement d'une majoration de cotisation de 2 mois de cotisations dans le contrat choisi, au taux en vigueur à la date de la réintégration, assortie des délais de carence prévus au contrat. La réintégration s'effectue alors au 1er jour du mois qui suit la demande.

7.3.2.3.- si le règlement de la dette nous parvient par l'intermédiaire du contentieux, ou si elle nous parvient directement par l'assuré, mais que le dossier est parti au service contentieux, la majoration de cotisation est portée à 3 mois de cotisations dans le contrat choisi, au taux en vigueur à la date de la réintégration, compte tenu des frais générés par cette procédure. La réintégration est assortie des délais de carence prévus au contrat. La réintégration s'effectue alors au 1^{er} jour du trimestre qui suit la demande.

Lorsque le règlement de la dette intervient, la réintégration est soumise à la demande écrite de l'adhérent et la complétude des pièces contractuelles permettant sa réintégration (Bulletin Individuel d'Affiliation).

Les majorations de cotisations sont versées en même temps que la première cotisation.

Article 8. Effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet le premier jour du mois indiqué sur le bulletin d'adhésion sauf mention contractuelle spécifique. Elle est souscrite pour une durée initiale de un an (1 an) minimum.

Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} Janvier de chaque année.

Article 9. Démission – Maintien

9.1 Démission

En application de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, la démission d'un membre participant peut intervenir à chaque échéance annuelle, donc au 31 décembre de chaque exercice. Le préavis à respecter est de deux mois, ce qui signifie que la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 octobre. La Mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat à l'exception des opérations relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

La demande de résiliation doit être effectuée par le membre participant, qu'il s'agisse de sa propre démission ou de celle d'un ayant-droit affilié. Lorsqu'un membre participant a donné sa démission pour convenance personnelle, il ne peut souscrire une nouvelle adhésion, sauf à s'acquitter de l'indemnité prévue à l'article 7.3 du présent règlement mutualiste.

Conformément à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité, les adhérents sont informés de la date limite d'exercice du droit de résiliation, à chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

9.2 Maintien

1.- Orphelin de père et de mère - L'enfant orphelin de père et de mère à charge de son grand-père ou de sa grand-mère, membre participant, est garanti par l'appartenance de ce dernier à Mutuelle Mip.

2. - L'enfant orphelin d'un membre participant à charge d'un tuteur non inscrit à Mutuelle Mip peut adhérer à Mutuelle Mip en tant que membre participant.

3.- Soins à l'étranger - Le membre participant -ainsi que ses bénéficiaires et affiliés éventuels- maintenu au régime français de la sécurité sociale, à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) continue d'être couvert par Mutuelle Mip dans les conditions définies à l'article 14. Le versement des prestations et le paiement des cotisations sont effectués sur le compte bancaire domicilié en France du membre participant.

4.- Conjoint (veuf ou veuve) ou concubin d'un adhérent décédé – En fonction des produits définis au règlement mutualiste, le conjoint ou le concubin d'un membre participant peut, au décès de ce dernier, conserver ses droits aux prestations de Mutuelle Mip, sous réserve d'en être déjà bénéficiaire...

Article 10. Membres Participants – répartition des membres

Les membres participants se répartissent suivant leur contrat dans les compositions familiales décrites ci-après :

- Adulte
- Adulte avec enfant(s)
 - Adulte avec un enfant
 - Adulte avec enfants
 - Adulte avec deux enfants
 - Adulte avec trois enfants ou plus
- Couple
- Couple avec enfant(s)
 - Couple avec un enfant
 - Couple avec enfants
 - Couple avec deux enfants
 - Couple avec trois enfants ou plus
- Famille
- Semi-familiale (2 personnes) ou Duo
- Affilié handicapé
- Affilié conjoint
- Affilié concubin
- Affilié enfant
- Affilié ascendant

Article 11. Ouverture, modification et cessation des garanties

11.1. Date d'effet des garanties

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion, après application des délais de carence prévus. Ces délais sont fixés dans les fiches produits, les notices d'information ou le guide pratique à usage de notice.

En tout état de cause, ces délais ne s'appliquent pas pour :

- Les adhérents au produit MIP Jeunes ou Atoo santé
- Les membres de la famille du membre participant inscrits à titre de bénéficiaires après l'adhésion de celui-ci.

11.2. Modifications des garanties

Le passage d'un niveau de garantie à un autre ne peut intervenir qu'au terme d'un délai minimum d'adhésion de 1 an dans le niveau précédent. Le transfert vers un niveau de garantie supérieur implique l'observation des délais de carence prévus, délais durant lesquels ce sont les prestations du niveau de garantie précédent qui sont appliquées.

En cas de transfert vers un niveau de garantie inférieur, les prestations du nouveau niveau de garantie sont appliquées le premier jour du mois suivant la demande de modification.

Le transfert d'un niveau de garantie inférieur vers un niveau de garantie supérieur « pour convenance personnelle » ne peut s'effectuer que deux fois pendant la période d'adhésion à Mutuelle Mip (sauf disposition contractuelle contraire).

En application des articles L. 221-5 et L. 221-6 du code de la mutualité et de l'article article R. 212-4 du code de la consommation, en cas de modification des garanties, le membre participant sera informé dans un délai raisonnable, lui permettant dans le cadre d'une modification non réglementaire ou législative, de pouvoir dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Nota : Dans le cas de MIP PLUS, MIP PLUS/2, tout membre participant peut cesser de cotiser à cette option pour lui-même ou ses ayants-droit affiliés éventuels, sans pour autant perdre sa qualité de membre adhérent. Dans ce cas, il doit en informer par écrit le siège social de Mutuelle Mip et sa démission de MIP PLUS ou MIP PLUS/2 prend effet au 1er jour du mois suivant la date de demande de démission. Lorsqu'un membre participant a cessé de cotiser à MIP PLUS ou MIP PLUS/2, il ne peut prétendre à réintégration qu'après paiement de l'indemnité prévue dans le règlement.

11.3. Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat d'adhésion.

Article 12. Subrogation

Mutuelle Mip 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 Mutuelle Mip 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 Mutuelle Mip 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.

CHAPITRE 2 – COTISATIONS

Article 13. Bases de cotisations

Les cotisations sont définies en fonction soit d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros, soit d'un taux appliqué sur une assiette de calcul de cotisations.

Elles peuvent être déterminées par composition familiale ou par personne protégée et tenir compte de l'âge, de la localisation géographique du domicile de l'adhérent et du régime obligatoire selon les options retenues lors de l'adhésion.

Cette cotisation inclut les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques (caisses nationales de prévoyance).

13.1 Paiement des cotisations

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les membres participants s'engagent tant pour eux-mêmes que pour leurs bénéficiaires au paiement d'une cotisation annuelle qui peut être appelée mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

En cas de nouvelle adhésion, la cotisation est due à compter du début du mois, et en cas de cessation de garantie, la cotisation est due jusqu'à la fin du mois en cours.

Les cotisations font l'objet d'un appel direct par Mutuelle Mip. Dans ce cas, en accord avec le membre participant, elles peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire domicilié en France. Le contrat ou le bulletin d'adhésion peut prévoir le versement d'un droit d'adhésion fixé à l'article 4 du Chapitre I.

13.2 Non-paiement des cotisations

En application des dispositions de l'article L221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours de son échéance, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai susmentionné, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

La résiliation du contrat ou de l'adhésion s'impose sans libérer le membre participant de l'intégralité des cotisations dues et des frais, taxes ou indemnités de retards engagés par la Mutuelle jusqu'à l'échéance annuelle d'assurance.

Des frais de rejets de prélèvement pourront être imputés au motif de provision insuffisante.

13.3 Exemption, diminution, gratuité, reconduction

Ces possibilités concernent les cotisations d'une garantie de couverture minimum en fonction du contrat souscrit, selon les dispositions prévues dans les statuts de la Mutuelle.

Ces exemptions, diminutions et reconductions sont accordées aux membres participants et à leurs bénéficiaires ; leur durée reste à l'appréciation de la décision de la commission sociale de Mutuelle Mip.

- Sur justificatifs, les membres participants âgés de 61 ans et plus non soumis à l'impôt sur le revenu (barème égal à 0), bénéficient d'une cotisation réduite.
- La gratuité de la cotisation au niveau du remboursement du ticket modérateur sans supplément de prestation est accordée aux membres participants âgés de plus de 70 ans et bénéficiaires du Fonds National de Solidarité.

CHAPITRE 3 - GARANTIES FRAIS MEDICAUX

Article 14. Risques garantis – Exclusions

14.1. Prestations garanties

Les garanties couvrent les frais et actes médicaux, chirurgicaux et maternité, référencés par la Sécurité sociale dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc... ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale entrent en considération pour la détermination des prestations versées par la Mutuelle dans les limites et conditions fixées par le présent règlement mutualiste.

14.2. Limites et Exclusions

Sont exclus, les actes non référencés par la Sécurité sociale dans la Classification Commune des Actes Médicaux et considérés comme Hors Nomenclature dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, sauf pour les postes expressément prévus par la grille de prestations annexée au présent règlement mutualiste

Ne sont pas pris en charge :

- > la participation forfaitaire à la charge du membre participant,
- > les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés,
- > les franchises médicales à la charge du membre participant.

Seuls les frais médicaux dont la date des soins (fait générateur de la prestation) est postérieure ou égale à la date de prise d'effet de l'adhésion peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent règlement mutualiste, dans les conditions définies par la garantie souscrite.

Fait générateur :

La date des soins prise en compte pour les frais médicaux faisant l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire est celle retenue par la Sécurité Sociale sur ses décomptes de remboursement.

En cas d'hospitalisation, la date des soins retenue par la Mutuelle est la date d'entrée dans l'établissement, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

Pour les frais médicaux ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire, la date des soins retenue par la Mutuelle est celle figurant sur la facture du professionnel de santé.

En cas de traitement orthodontique non remboursé par le Régime Obligatoire, la date des soins retenue par la Mutuelle est la date de début de la période de traitement. Il est précisé que seule la période de traitement comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet de la résiliation peut donner lieu à prise en charge dans les conditions définies par la garantie souscrite. La durée de la prise en charge par la Mutuelle est au maximum de six (6) semestres et de deux (2) années de contention par assimilation à la NGAP.

Le versement de la Participation de naissance/d'adoption peut être soumis à un délai de déclaration selon les conditions de la couverture de l'adhérent.

Soins à l'étranger :

Les soins dispensés à l'étranger doivent donner lieu à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française sur la base du tarif de responsabilité déterminé par le centre de sécurité sociale du bénéficiaire et par référence aux tarifs forfaitaires appliqués en France par la Sécurité sociale pour des soins analogues, dans les conditions suivantes :

- Dans le cadre des soins courants, le remboursement est effectué sur la base de la réglementation applicable, des tarifs et taux pratiqués en France dans la limite des garanties souscrites
- Dans le cadre des frais d'hospitalisation, le remboursement effectif sera équivalent à la prise en charge prévue pour la chambre particulière dans le cadre d'une hospitalisation chirurgicale limité à 250 euros par jour et plafonné à 5000 euros par an, sans pouvoir excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant et sous réserve des garanties souscrites.

Il est précisé que dans le cadre des soins à l'étranger, Mutuelle Mip intervient sur les frais réellement engagés par le membre participant et après le remboursement de tout autre organisme complémentaire d'assurance.

Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale :

Lorsque leur prise en charge est prévue par le tableau de garantie, seules les lentilles prescrites par un médecin ophtalmologiste sont prises en charge par la Mutuelle.

Orthodontie :

La Mutuelle prend en charge dans les limites de la garantie les traitements remboursés par la Sécurité sociale.

Lorsque le tableau de garanties le prévoit, la Mutuelle peut prendre en charge un traitement non remboursé par la Sécurité sociale. Dans ce cas, seul le traitement prescrit par un orthodontiste diplômé (praticien ayant donc réalisé une formation en orthopédie dento-faciale) est pris en charge par la Mutuelle. Sauf mention contraire, la garantie est alors limitée à un traitement actif de 6 semestres maximum dans la vie du bénéficiaire.

Article 15. Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont définis par le bulletin d'adhésion.

Article 16. Assiette des prestations

Les prestations sont basées sur la valeur du tarif conventionnel ou de responsabilité ou la base de remboursement selon la réglementation Sécurité Sociale en vigueur ou sur des montants forfaitaires indiqués dans la garantie. Les prestations sont exprimées : « sous déduction » ou « y compris celles servies par le régime obligatoire » en fonction des garanties souscrites.

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

Les remboursements sont plafonnés selon les produits annexés au présent règlement mutualiste et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

Article 17. Prestations : assurés d'Alsace Moselle

Aux assurés sociaux du régime Alsace Moselle, la sécurité sociale remboursant les honoraires et les prescriptions médicales sur la base de 90% de son tarif de responsabilité, Mutuelle Mip ne verse que 10% de ce même tarif si une cotisation spécifique Alsace-Moselle est appliquée.

Article 18. Règlement des prestations

18.1 Justificatifs à fournir

Les prestations sont payées soit dans le cadre d'un accord de télétransmission (Système Noémie), soit sur présentation d'un décompte établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie, accompagné des justificatifs mentionnés ci-après si ces soins sont couverts par le contrat.

Il est précisé qu'en cas d'intervention de la Mutuelle en tant que 2^{ème} mutuelle, il n'est pas mis en place d'accord de télétransmission avec la Sécurité sociale. Pour toute demande de remboursement, il est donc systématiquement demandé un justificatif du niveau de prise en charge de l'organisme complémentaire intervenant en 1^{er} rang pour les soins considérés (décompte ou attestation de non prise en charge du 1^{er} organisme le cas échéant). Il peut en être de même pour certains régimes spéciaux avec lesquels la télétransmission ne fonctionne pas.

L'envoi des justificatifs via l'espace adhérent est accepté lorsque la télétransmission Noémie est effective pour le bénéficiaire concerné ; cependant le bénéficiaire devra être en mesure de fournir à la Mutuelle les pièces originales sur simple demande de sa part.

Liste des principaux justificatifs demandés par la Mutuelle :

- Optique : facture détaillée et acquittée des verres, montures et lentilles, ordonnance ;
- Dentaire : La facture détaillée et acquittée précisant les codes CCAM applicables du chirurgien-dentiste, comportant le numéro des dents et les travaux effectués lorsqu'il s'agit de prothèse dentaire,

- Orthodontie : facture de l'orthodontiste détaillant la période concernée par le traitement et la cotation Sécurité sociale ; ainsi que le plan de traitement pour l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (les cotations par assimilation à la NGAP devront figurer sur la facture).
- Aide auditive : facture détaillée et acquittée comportant la précision d'appareil droit ou gauche ;
- Hospitalisation :
 - le bordereau de facturation acquitté des frais médicaux et chirurgicaux, de la chambre particulière ainsi que des frais laissés à la charge du membre participant (tels que participation forfaitaire, forfait hospitalier, forfait patient urgences, forfait actes lourds), uniquement si celui-ci n'a pas bénéficié d'une prise en charge pour le ticket modérateur et/ou les suppléments ou forfaits laissés à la charge du membre participant ;
 - la note d'honoraires pour les frais des chirurgiens et anesthésistes.
- Participation de naissance / d'adoption : un extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable / une copie du jugement définitif d'adoption plénière ;
- Cure thermale : les reçus de paiement des frais de thermalisme accompagnés de la facture des frais d'hébergement ainsi que la prise en charge administrative de la Sécurité sociale ; si la grille prévoit une prestation spécifique pour le transport : attestation sur l'honneur du moyen de transport utilisé accompagné des pièces justificatives (billet train, carte grise). Les modalités de calcul de la prestation sont identiques à celles de la Sécurité sociale.
- Participation aux frais d'obsèques : l'acte de décès, la facture acquittée des frais d'obsèques et les coordonnées du bénéficiaire du règlement (adresse et RIB). Dans le cas où la facture des frais d'obsèques ne présente pas de reste à charge suite à l'intervention d'un autre contrat obsèques souscrit par ailleurs par le membre participant, une photocopie de ce contrat devra nous être adressée.

De manière générale, la facture détaillée et acquittée sur papier à en-tête du professionnel de santé avec cachet et numéro d'identification (ADELI ou RPPS), avec sa spécialité et la mention du bénéficiaire des soins ; tout autre justificatif permettant de vérifier la réalité des soins présentés au remboursement que la Mutuelle se réserve le droit de demander en cas de paiement direct ou d'utilisation du tiers - payant.

Les frais réels pris en compte sont ceux indiqués sur les décomptes de la Sécurité sociale.

La Mutuelle conserve les documents transmis.

18.2 Versement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue par virement, en euros sur le compte bancaire domicilié en Zone Euro fourni par le membre participant.

Une notification de paiement sous format électronique est envoyée à chaque remboursement effectué, sous réserve qu'une adresse courriel ait été communiquée par le membre participant.

Un décompte des prestations versées est établi périodiquement selon les remboursements et une notification de sa mise à disposition sur le site internet dans l'espace personnel est envoyée sous format électronique.

Article 18 bis. Contrôle et expertise

18 bis.1 Mesures de contrôle et vérifications

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, la Mutuelle peut procéder à la vérification des informations et documents fournis par le bénéficiaire ou les professionnels de santé pour le traitement des demandes de remboursement ou de prestations. À ce titre, la Mutuelle pourra demander au bénéficiaire **les pièces originales complémentaires** à l'instruction du dossier listées ci-dessous et pourra contacter directement les professionnels de santé concernés :

- Optique : bon de livraison certifié et signé par l'opticien, ordonnances, emballage de boîtes de lentilles achetées ;
- Dentaire : devis du professionnel de santé, déclaration de conformité, passeport implantaire ;
- Aide auditive : ordonnance, audiogramme ;
- Transport : bon de transport, ordonnance ;
- Prescription médicale ;
- Toutes pièces justificatives servant à prouver la réalité des soins réalisés.

La Mutuelle s'engage à retourner au bénéficiaire les pièces originales transmises.

En cas de détection d'une anomalie / non-conformité, la Mutuelle pourra limiter son remboursement à l'équipement réellement délivré en lieu et place de celui facturé.

En tout état de cause, les pièces sont collectées dans le strict respect de la réglementation sur la protection des données à caractère personnel et du secret médical.

18 bis.2 Expertise médicale

La Mutuelle peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de la santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Le membre participant sera préalablement convoqué par lettre recommandée avec accusé de réception et informé des modalités d'examen demandées par la Mutuelle et de la faculté de se faire assister lors de ce contrôle, par le médecin de son choix, ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, la Mutuelle se réserve le droit de refuser la prise en charge des frais et actes médicaux.

Les conclusions du contrôle médical sont notifiées à l'assuré par courrier recommandé avec accusé de réception. Elles peuvent conduire la Mutuelle à refuser, interrompre ou réduire le versement des prestations. Le membre participant qui conteste les conclusions du contrôle médical peut demander l'organisation d'une expertise amiable entre son médecin conseil et celui de la Mutuelle. En cas de désaccord entre ces deux médecins, les parties désigneront dans un délai d'un mois un 3^{ème} médecin arbitre pour les départager, dont les frais seront supportés par moitié par chaque partie.

L'avis de l'arbitre s'impose aux parties.

A défaut d'entente, l'organisation d'une expertise médicale pourra être demandée par voie judiciaire.

18 bis.3 Suspension des prestations en cas de détection de fraude

En cas de présentation de pièces justificatives non conformes, la Mutuelle peut suspendre temporairement l'adhésion du membre participant concerné, dans l'attente de l'issue des investigations. La suspension ne pourra excéder une durée de 3 mois sauf si la fraude est confirmée, auquel cas des mesures définitives pourront être prises conformément à la législation.

Article 19. Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, Mutuelle Mip a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers-payant avec des professionnels de la santé.

Mutuelle Mip assure ainsi directement, en fonction de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant.

En cas de demande de prise en charge Tiers-Payant avec un tarif très élevé par rapport au prix usuellement constaté pour l'équipement visé par l'accord de prise en charge, la Mutuelle se réserve le droit de contacter le professionnel de santé et peut exceptionnellement refuser la prise en charge.

Chaque membre participant assuré social domicilié en France reçoit annuellement une carte Tiers Payant.

Elle est mise à jour automatiquement dès lors que l'assuré social modifie l'une de ses données administratives ou qu'un changement de bénéficiaire est opéré en cours d'année.

En cas d'envoi d'une nouvelle carte Tiers Payant, l'ancienne carte est alors invalide et ne doit plus être utilisée.

Dans le cadre d'une radiation du membre participant -ou de l'un de ses bénéficiaire- en cours d'année, le membre participant s'engage à nous restituer la carte Tiers Payant dans les meilleurs délais et à ne plus en faire usage. De même, le membre participant doit informer les professionnels de santé ayant enregistré la carte Tiers Payant de son invalidité ou de son actualisation.

Article 20. Assurances cumulatives

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, sans toutefois excéder le montant total des dépenses.

Article 21. Créances – accidents

Le tarif des prestations est applicable à toute maladie, blessure ou décès, sous réserve que la totalité des dépenses n'ait pas été prise en charge par un ou plusieurs organismes d'assurance complémentaire au titre d'un contrat accident souscrit au profit du mutualiste ou de son ayant-droit bénéficiaire. Après information par le membre participant de l'existence d'une pluralité d'assurances pour un même risque, Mutuelle Mip intervient après le/les autres organismes d'assurance complémentaire ayant assuré leur charge contractuelle.

Dans le cadre d'un recours contre tiers, les prestations seront réclamées par Mutuelle Mip aux organismes d'assurance intervenant dans la prise en charge du risque.

Article 22. Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

L'adhérent recevant de quiconque un remboursement pour les frais pris en charge par Mutuelle Mip sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si l'adhérent est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, Mutuelle Mip ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses statuts.

Article 23. Frais d'accompagnement

Participation aux frais d'accompagnant en milieu hospitalier ou foyer « accueil famille » sous réserve de nuitée :

Enfant : jusqu'au jour de leur 14^{ème} anniversaire,

Personne âgée : à partir du jour de leur 70^{ème} anniversaire.

Article 24. Forfait journalier hospitalier (FJH)

Les frais sont ceux correspondant aux séjours en hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Ils doivent être réalisés dans des établissements hospitaliers.

Jusqu'au 30 juin 2018, les séjours en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) sont pris en charge SAUF MENTION EXPRESSE dans les garanties souscrites.

A compter du 1^{er} juillet 2018, les séjours en MAS ne sont pas pris en charge SOUS RESERVE DES GARANTIES SOUSCRITES.

Ne sont pas pris en charge les séjours en établissements médico-sociaux, en maisons d'accueil spécialisées, les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

En cas de non prise en charge et d'incidence forte sur les ressources de l'adhérent, une demande peut être effectuée auprès du Fonds Social de Mutuelle Mip. L'aide versée par le fond social n'entre pas dans le champ d'application des prestations contractuelles et fait l'objet d'une décision de la commission sociale.

TITRE 2 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES APPLICABLES A CERTAINES GARANTIES

CHAPITRE 1 – ALLOCATION « INDEMNITES JOURNALIERES » (FACULTATIVE)

Les indemnités journalières ont pour objet d'indemniser l'arrêt de travail et de compenser tout ou partie de la perte de rémunération qui en résulte.

Les prestations sont définies au moment de l'adhésion.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Les modalités d'adhésion, garanties et cotisations sont définies par le contrat.

CHAPITRE 2 – ALLOCATION « INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION » (GARANTIE FORFAITAIRE FACULTATIVE)

Dans le cadre d'un contrat spécifique, la Mutuelle peut assurer le versement d'une indemnité forfaitaire en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire prévu au bulletin d'adhésion.

Les garanties, carences applicables, ainsi que les limites et exclusions sont définies au contrat et portées à la connaissance de l'adhérent dans la notice d'information qui lui est remise.

Les modalités d'adhésion, garanties et cotisations sont définies par le contrat.

CHAPITRE 3 - MIP OBSEQUES (FACULTATIVE)

La souscription et les modalités d'application de cette garantie sont assujetties à l'adhésion du membre participant aux garanties EXTRA, SUPRA ou MAXIMA gérées par Mutuelle Mip.

CHAPITRE 4 - GARANTIE PREVOYANCE DES TRAVAILLEURS NON SALARIES (FACULTATIVE)

Mutuelle Mip propose, dans le cadre d'un contrat spécifique avec l'association Maison des Adhérents d'APIVIA, un contrat de prévoyance comportant des garanties INCAPACITE/INVALIDITE ; Frais de gestion (perte d'exploitation) et décès,

Les garanties, carences applicables, ainsi que les limites et exclusions sont définies au contrat et portées à la connaissance de l'adhérent dans la notice d'information qui lui est remise.

Les modalités d'adhésion, garanties et cotisations sont définies par le contrat.

CHAPITRE 5 - GARANTIE VIE-ENTIERE (FACULTATIVE)

Mutuelle Mip propose des garanties d'assurance vie-entière dans le cadre de contrats spécifiques. L'objet de ces garanties peut-être :

- De faire bénéficier, en cas de décès de l'adhérent, ses bénéficiaires d'un capital dont l'objet est de financer les Obsèques du membre adhérent, (Contrat Obsèques)
- De faire bénéficier, en cas de décès de l'adhérent, ses bénéficiaires d'un capital défini au contrat - Contrat Vie entière à vocation patrimoniale.

Ces contrats relèvent des dispositions du code de la Mutualité relatives à l'assurance vie. Leur souscription est soumise à des dispositions conventionnelles spécifiques notamment en matière de contrôle médical.

Ces contrats d'assurance en cas de décès comportent une valeur de rachat, mais ne constituent pas des contrats d'épargne car ils ne prévoient pas la garantie du montant des cotisations versées net des frais contractuels.

CHAPITRE 6 - GARANTIE RENTE AU SURVIVANT HANDICAPÉ (FACULTATIVE)

Mutuelle Mip propose, dans le cadre d'un contrat spécifique avec AUDIENCE Association une garantie prévoyant le versement d'une rente au bénéfice d'un enfant handicapé dans le cas du décès du souscripteur.

Ces contrats relèvent des dispositions du code de la Mutualité relative à l'assurance vie. Leur souscription est soumise à des dispositions conventionnelles spécifiques notamment en matière de contrôle médical.

Ces contrats, qui garantissent une rente de survie, ne sont pas rachetables.