

VITTAVI - RÉGLEMENT MUTUALISTE

« GROUPE ÉTUDIANT »

Adopté par l'Assemblée Générale du 19 septembre 2009

VITTAVI est une mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 775584980.

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 – OBJET ET GARANTIES

Article 1 - Objet du règlement mutualiste « Groupe Étudiant »

En application de l'article L. 114-1 du code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de VITTAVI, le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre la mutuelle et les membres participants relevant de l'article 6 des statuts de la mutuelle pour les prestations et les cotisations.

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la mutuelle propose des garanties d'assurance (frais de santé, responsabilité civile et individuelle accident, prévoyance examen, assistance-rapatriement, décès accidentel - à vérifier en fonction des garanties proposées) au profit de ses membres participants, dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L. 112-1 du code de la mutualité.

La mutuelle, pour la garantie « frais de santé », ne peut instituer en faveur de ses membres participants aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié par le revenu, la durée d'appartenance à la mutuelle, le régime de Sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres participants.

S'agissant des prestations, la mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Pour ces opérations, la mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

Article 2 : Garanties

Les garanties proposées par la mutuelle et objet du présent règlement, sont des garanties relatives :

- au remboursement de frais de santé (Titre III),
- aux dédommagements de frais dans le cadre de la responsabilité civile et individuelle accident, prévoyance examen, responsabilité civile médicale, assistance rapatriement, décès accidentel.

Le présent règlement, relatif aux frais de santé, a la qualité de contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code.

En effet, VITTAVI s'est engagée aux côtés de la sécurité sociale afin de contribuer à la responsabilisation des membres participants en vue de pallier le déficit de la sécurité sociale et de développer des actions de prévention.

Pour ce faire, VITTAVI ne rembourse pas la participation forfaitaire ni la franchise médicale relative aux médicaments, aux actes effectués par auxiliaire médicale et aux transports respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et conformément au décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007. Il en est de même pour certains dépassements d'honoraires. En revanche elle prend à sa charge

notamment le ticket modérateur sur les consultations d'un généraliste conventionné (secteur 1). En tout état de cause le tableau des garanties et des prestations remis au membre participant explicite l'ensemble du dispositif.

Les garanties et les niveaux de remboursements suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Article 3 – Bénéficiaires

Article 3.1 - Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires du règlement mutualiste « Groupe Étudiant » sont les membres participants étudiants et leurs ayants droit, du fait d'une adhésion à titre principal aux statuts et règlements de la mutuelle. Les membres participants doivent bénéficier d'un statut d'étudiant. Les membres participants et leurs ayants droit ne doivent pas avoir atteint l'âge de 35 ans à la date de l'adhésion.

Les bénéficiaires des garanties sont définis dans le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques :

- le membre participant étudiant ;
- le ou les ayants droit

par étudiant, on entend les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement supérieur.

les ayants droit sont :

- les conjoints, concubins ou partenaires du Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- les enfants de moins de 16 ans, légitimes, naturels ou reconnus à charge, bénéficiant de la même garantie « frais de santé » que le membre participant ;
- les collatéraux de moins de 35 ans ;
- les ayants droit des ayants droit, âgés de moins de 35 ans.

Selon les garanties souscrites, les membres participants et leurs ayants doivent obligatoirement être âgés de plus de 16 ans.

Article 3.2 – Extension des bénéficiaires

Les lycéens et apprentis de plus de 16 ans peuvent toutefois bénéficier des garanties du « Groupe Étudiant ».

En cas de perte de la qualité d'étudiant à l'échéance du contrat, les membres participants de VITTAVI ont la possibilité soit :

- de continuer à adhérer aux garanties du « Groupe Étudiant » pendant l'année universitaire suivant la perte de qualité d'étudiant ;
- d'adhérer aux garanties du groupe « interprofessionnel ».

En cas de décès, les prestations mutualistes seront versées en totalité au conjoint si le membre participant est marié, sinon aux héritiers.

SECTION 2 - ADHÉSION

Article 4 – Adhésion et Droits

Article 4.1 – Adhésion

Les membres participants peuvent faire bénéficier des prestations et services de la mutuelle à leurs ayants droit tels que définis à l'article 7 des statuts.

L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. Dans l'hypothèse où VITTAVI viendrait en substitution d'une autre mutuelle, le bulletin d'adhésion porterait les mentions prévues à l'article R.211-27 du code de la mutualité.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définies par le présent règlement.

Toute modification en cours d'adhésion de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, telle que figurant sur le bulletin d'adhésion, doit être immédiatement signalée à la mutuelle.

Article 4.2 – Ouverture des droits

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses membres participants des documents (carte ou toute autre pièce) permettant l'ouverture des droits à prestations.

Le membre participant ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations. Dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

En cas de radiation en cours d'année, le membre participant est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qu'ils lui ont été délivrés.

Le bulletin d'adhésion doit être dûment complété. Après paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation, les droits du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit sont ouverts.

Article 5 – Effet et Durée des droits

L'ouverture des droits des garanties du règlement mutualiste « Groupe Étudiant » dépend de la date d'adhésion :
~ soit le 1er octobre à 0 heure pour toute adhésion antérieure au 1er octobre de l'année universitaire ;
~ soit le 1er jour du mois au cours duquel a été signé le bulletin d'adhésion si celui-ci est réceptionné avant la fin du mois de la signature.

Les droits prennent effet du premier jour de la période d'ouverture de droits de la garantie au 30 septembre suivant, sauf en cas de résiliation anticipée, sous réserve de l'encaissement du premier chèque de cotisations ou du paiement de la première échéance dans le cas d'un paiement par prélèvement bancaire.

L'adhésion au régime « frais de santé » est viagère. Le paiement de la cotisation est annuel.

L'adhésion peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 9 du présent règlement.

Article 6 – Délais de stage

Les membres participants du règlement mutualiste « Groupe Étudiant » sont dispensés de délais de stage.

Article 7 - Tacite reconduction

L'adhésion du membre participant « Groupe Étudiant » se renouvelle automatiquement à la date du 1er octobre suivant et ce, pour la durée d'une année, les garanties étant celles dont le contenu en terme de prestations est le plus proche de la complémentaire santé choisie l'année précédente.

VITTAVI adresse à chaque adhérent un appel de cotisation l'informant de la reconduction de son contrat (membre participant et ayants droit) pour une année supplémentaire

Article 8– Changement des garanties par le membre participant

Article 8.1 – Changement des garanties

→

Augmentation du niveau de garantie

Le membre participant peut demander un changement de garantie dans le courant de la période d'ouverture des droits.

L'acceptation du changement par la mutuelle est soumise à différentes conditions:

- ~ le membre participant doit choisir une garantie relevant du même règlement mutualiste que sa garantie santé initiale et ce, afin de bénéficier d'une couverture plus complète ;
- ~ le membre participant doit rester dans le même type de garantie
- ~ le membre participant doit formuler par écrit sa demande à la mutuelle

Conformément au règlement mutualiste « Groupe Étudiant », les changements de garantie prennent effet le lendemain à 0h de la demande formulée par le membre participant

VITTAVI fait alors un avoir au membre participant pour le montant global de la garantie initiale. Cet avoir vient en déduction du montant du par le membre participant pour la nouvelle garantie. En cas de paiement par prélèvement, l'échéancier est alors modifié.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.



Changement de catégorie de règlement mutualiste

Les changements de règlement mutualiste ne peuvent avoir lieu qu'à l'expiration de la période d'ouverture des droits :

- soit le 30 septembre pour basculer du règlement mutualiste « Groupe Étudiant » vers le règlement mutualiste « Groupe Interprofessionnel » ;
- soit le 31 décembre pour basculer du règlement mutualiste « Groupe Interprofessionnel » vers le règlement mutualiste « Groupe Étudiant ».

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.



Diminution du niveau de garantie

Les demandes de changement de garantie pour un produit moins performant doivent faire l'objet d'une correspondance écrite à la Direction Générale de VITTAVI présentant les raisons d'un tel changement. Après étude du dossier, la Direction Générale de VITTAVI communiquera à l'adhérent sa décision.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Article 8.2 - Changement de garantie en cas de dépassement du délai de résiliation annuel

Le membre participant qui n'a pas dénoncé son contrat dans les délais prévus, peut cependant demander un changement de garantie. Son acceptation par la mutuelle est soumise au choix de produits pré-déterminés du règlement mutualiste « Groupe Étudiant » ou d'un produit de la catégorie « Jeunes actifs » du règlement mutualiste « Groupe Interprofessionnel ».

Cette demande doit être formulée par écrit avant le 01/10 suivant l'envoi du courrier de tacite reconduction et à condition de renvoyer à VITTAVI la carte d'adhérent valable pour l'exercice à venir.

Article 9 - Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ;
- en cas de non paiement de la cotisation ;
- en cas de décès du membre participant.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion au décès du membre participant. Dans ce cas, la radiation pour les autres garanties intervient au premier jour du mois suivant la date du décès, les cotisations étant dues jusqu'à cette date.

SECTION 3 - RÉSILIATION

Article 10 - Faculté de résiliation annuelle à l'initiative du membre participant

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

La démission, impliquant la radiation du membre participant entraîne, celle de ses ayants droit tels que définis à l'article 12 des statuts sauf demande particulière dûment formulée.

La démission est adressée sous pli recommandé à la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit le 31 juillet de l'année en cours. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 octobre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

L'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

Article 11 – Faculté de résiliation exceptionnelle

Article 10.1 – Cas des garanties complémentaire santé

Un membre participant peut demander la résiliation de sa garantie en cours d'année s'il répond à l'un des cas suivants :

- ~ être bénéficiaire de la CMU
- ~ être bénéficiaire d'une mutuelle salariale obligatoire par le biais d'une entreprise (bénéfice de l'article 83 du Code Général des Impôts, en tant que membre participant ou ayant droit (sur présentation obligatoire d'une attestation de l'employeur avec signature du représentant légal et mention de la participation patronale au régime),
- ~ séjour à l'étranger pour au moins une année,
- ~ ne plus répondre aux critères d'appartenance au « Groupe Étudiant » défini à l'article 13,

La demande doit être formulée par écrit et justifiée, puis adressée à VITTAVI par courrier recommandé.

Sur présentation d'un justificatif et après avoir restitué à VITTAVI sa carte d'adhérent, la garantie du membre participant est alors résiliée au jour de la demande. En cas d'impossibilité de retourner à VITTAVI ce document, le membre participant s'engage à ne pas en faire usage. Dans le cas contraire, il s'expose à des poursuites judiciaires.

La radiation intervient de plein droit à la date où le participant n'appartient plus au règlement mutualiste « Groupe Étudiant ».

Article 11.2 – Cas des garanties de produits d'assurance

Les garanties de produits d'assurance dont la date de fin de droits est obligatoirement le 30 septembre qui suit ne peuvent faire l'objet d'une résiliation en cours de période d'ouverture des droits.

Article 11.3 – Modalités de remboursement des cotisations

- Pour les garanties complémentaire santé, la mutuelle rembourse le montant de la cotisation au prorata de la période d'ouverture des droits restante, déduction faite, des éventuels avoirs commerciaux.

- Pour les garanties complémentaire santé couplées à un produit assurantiel, la mutuelle rembourse le montant de la cotisation au prorata de la période d'ouverture des droits restante, déduction faite, des éventuels avoirs commerciaux et du montant par de cotisation du produit assurantiel dont la date de fin de droits est obligatoire le 30 septembre qui suit.

Article 12 – Faculté de résiliation à l'initiative de la mutuelle

Article 12.1 – Faculté de résiliation

- ~ La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant :
- ~ en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 19 du présent règlement ;
- ~ s'il n'a pas communiqué à VITTAVI d'adresse valide au moment de l'envoi du courrier de tacite reconduction.

VITTAVI ne reconduira pas le contrat de l'adhérent et de ses ayants droit qui prendra alors fin le 30/09 suivant. Le membre participant dernier aura cependant la possibilité, s'il le souhaite, de régulariser sa situation, puis de souscrire un nouveau contrat pour l'année à venir.

L'adhésion à un nouveau contrat est soumise au choix de produits pré-déterminés du règlement mutualiste « Groupe Étudiant ».

Article 12.2 – Exclusion des membres participants

Peuvent être exclus les membres participants qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité.

L'exclusion d'un membre participant entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la décision d'exclusion.

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L 221-17 du code de la mutualité.

SECTION 4 – PRESCRIPTION & SUBROGATION

Article 13 – Prescription

Suivant l'article L221-11 du code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le titre II dudit code 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, qu'à partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là
- quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court qu'à partir du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Article 14 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre un 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, due à 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.

TITRE II – COTISATIONS

Article 15 : Fixation et évolution des cotisations

Pour le « Groupe Étudiant » les cotisations sont fixées pour l'année **universitaire** soit du 1er octobre au 30 septembre de l'année qui suit.

Les cotisations sont fixées par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de l'assemblée générale.

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

SECTION 1 – CALCUL DES COTISATIONS

Article 16 -Principes Généraux

Article 16.1 – Mode de calcul

Les cotisations sont déterminées en fonction d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros et indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Elles sont fonction de la catégorie à laquelle appartient le membre participant et de la durée de la période d'ouverture de droits. **Elles peuvent être individuelles (membre participant seul) ou familiales (membre participant + ayants droit)**, selon les options retenues lors de l'adhésion.

Elles sont affectées à la couverture des prestations et des allocations spécifiques assurées directement par la mutuelle.

Elles intègrent le prélèvement lié à la couverture maladie universelle (CMU) et les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.

Article 16.2 – Cotisations en inclusion

Selon les garanties du règlement mutualiste « Groupe Étudiant », les cotisations peuvent comprendre une somme affectée à des produits d'assurance.

Dans ce cas, les risques sont assurés de la manière suivante :

- Individuelle accident : risque co-assuré par VITTAVI et la compagnie Ace Insurance SA
- Responsabilité Civile : risque porté par la compagnie Axa France IARD
- Responsabilité Civile professionnelle : risque porté par la compagnie Axa France IARD
- Assistance : risque porté par la compagnie ACE Europe
- Décès : risque porté par la compagnie ACE Europe
- «Prévoyance Examen» : risque porté par VITTAVI
- « 400% accident » : risque porté par VITTAVI

Les compagnies Axa France IARD et ACE Europe interviennent pour le compte de VITTAVI dans le cadre de prestations en inclusion dans les garanties proposées aux adhérents.

VITTAVI se réserve le droit de changer de fournisseur de produit d'assurance à l'échéance de chacun des contrats qu'elle a souscrit.

Les nouveaux contrats mis en place devront :

- offrir des prestations au moins équivalentes à celles des contrats mentionnés ci-dessus,
- pour des prix au maximum égaux à ceux des contrats actuels.

SECTION 2 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 17 – Règlement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel fonction de l'année universitaire du 1er octobre au 30 septembre de l'année suivante. Il intervient selon des modalités définies au bulletin d'adhésion. Le paiement de la cotisation peut être fractionné.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité. Le fractionnement n'est autorisé que pour les paiements par prélèvements automatiques sur un compte bancaire ou postal ouvert dans un établissement financier français, sans frais supplémentaire.

La première fraction devra être payée le jour de l'adhésion, soit par chèque, espèces ou carte bancaire. Les autres fractions sont prélevées directement sur le compte bancaire ou postal du membre participant.

Le membre participant choisit son mode de paiement à l'adhésion. Il peut en changer sur demande écrite de sa part auprès de la mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle.

Si choix du prélèvement automatique

Le membre participant devra transmettre à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne. Le membre participant indique dans le bulletin d'adhésion le jour d'échéance auquel la mutuelle prélèvera la part de cotisation entre le premier et le quinze du mois.

En cas de premier rejet d'un prélèvement, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, le prélèvement rejeté sera représenté avec le prélèvement du mois qui suit.

En cas d'incidents de paiement répétés (deux rejets consécutifs de prélèvements), la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de prélèvement pour notamment le motif suivant « compte insuffisamment provisionné », il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

Si choix du paiement par chèque

Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à la mutuelle à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion.

En cas de premier rejet de chèque, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de chèque pour notamment le motif suivant « compte insuffisamment provisionné », il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

Si choix du paiement en espèces

Le paiement en espèces n'est autorisé que dans la limite de 762,25 Euros et, sous réserve qu'il corresponde exactement à la somme due, au centime près.

Si choix du paiement par carte bancaire

Le paiement de la cotisation par carte bancaire doit parvenir à la mutuelle à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion.

En cas de premier rejet de carte bancaire, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, la mutuelle applique une procédure de recouvrement tel que définit à l'article 21 du présent règlement.

En cas de rejet de carte bancaire pour notamment le motif suivant « compte insuffisamment provisionné », il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

Article 18 - Proratation – Gratuité

En application de l'article 6 des statuts de VITTA VI, la qualité d'ayant droit n'induit pas sauf dérogation, la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle.

S'entend par dérogation au principe de paiement d'une cotisation :

- la proratisation en fonction de la date de naissance pour les enfants des membres participants nés dans le courant de la période d'ouverture des droits ;
- la gratuité pour les enfants des membres participants, à partir du 3ème enfant ayant droit du parent.

Article 19 - Défaut de paiement

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci et indépendamment du droit pour VITTAVI de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la complémentaire santé sera suspendue quarante jours après la mise en demeure par lettre simple du membre participant le conviant à régulariser sa situation.

Dans l'hypothèse où le membre participant n'a pas régularisé sa situation dans le délai de quarante jours, ce dernier est informé par une nouvelle lettre simple que sa complémentaire santé est suspendue. Cette suspension prend effet dès l'expiration du délai mentionné ci-dessus et ce jusqu'à la fin de la période d'ouverture des droits considérée.

La complémentaire santé suspendue reprend ses effets, dans son intégralité, à midi, le lendemain du jour où sont payées à VITTAVI la cotisation ou fraction de celle-ci ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

Si à l'échéance de la période d'ouverture des droits, le défaut de paiement n'est pas régularisé, le contrat du membre participant est automatiquement résilié, sans pour autant que la créance constatée soit supprimée.

TITRE III – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

CHAPITRE I – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

SECTION 1 – DÉFINITIONS

Article 20 : Définition des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale française au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, de l'assurance maladie du régime étudiant et des régimes MSA et GAMEX.

Il peut également s'agir de prestations:

- en espèces ou des prestations supplémentaires à celles versées par la sécurité sociale. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.
- liées à des actes de prévention et/ou des prestations en complément de garanties souscrites auprès d'un autre organisme que la mutuelle. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.
- en inclusion aux garanties dont le montant forfaitaire est défini au bulletin d'adhésion du membre honoraire et indiqué au bulletin d'affiliation du membre participant. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des prestations (article 3.2 du présent règlement).

Article 21 - Le fonds de solidarité mutualiste

Le fonds de solidarité mutualiste est ouvert à tous les membres participants de VITTAVI.

Le fonds de solidarité mutualiste octroie des secours exceptionnels, pris sur une somme déterminée annuellement par l'Assemblée Générale, après examen du dossier par le Conseil d'Administration, le Président du Conseil d'Administration ou ses délégués.

Ces secours exceptionnels peuvent être accordés aux membres participants et à leur famille, pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessure, accident ou décès, à condition qu'une demande ait été formulée par l'intéressé ou ses ayants droit.

SECTION 2 - PRESTATIONS

Article 22 – Liquidation des prestations

Les prestations sont calculées sur la base de remboursement établie en fonction de la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires, tels qu'indiqués dans les tableaux de garanties joints au présent règlement, déduction faite du remboursement des régimes obligatoires et exclusivement pour les soins pris en charge par ceux-ci.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent règlement.

Les prestations sont payées si la date des soins se situe pendant la période d'ouverture des droits sous réserve du paiement des cotisations appelées.

En cas de radiation, les droits aux prestations sont clos à compter de la date d'effet de la radiation.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Tout dépassement de tarif devra être justifié.

Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant dans les tableaux de garantie joints au présent règlement.

La mutuelle peut intervenir sur des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires. Dans ce cas, elle prend en charge tout ou partie de la dépense telle que décrit dans les tableaux des garanties joints au présent règlement.

En application des articles L.871-1 R.871-2 du code de la Sécurité Sociale et de l'arrêté du 8 juin 2006 relatifs aux garanties dites « responsables », au moins deux opérations de prévention sont prises en charge tel qu'indiquées dans les tableaux de garanties.

Article 22.1 - Étendue territoriale

Le membre participant peut se faire soigner en France, comme dans tout autre pays du monde. Il sera remboursé sur présentation de justificatifs et sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale ou de la Caisse des Français à l'Étranger.

Dans tous les cas, les prestations sont payables en France et en Euros.

Pour ce faire, le membre participant adresse à la sécurité sociale les pièces nécessaires au remboursement de telle sorte que la mutuelle puisse intervenir sur la base de la nomenclature des actes médicaux permettant à la mutuelle d'effectuer, le cas échéant, le remboursement des prestations complémentaires.

Article 22.2 : Liquidation au profit du bénéficiaire

→ 1) Le membre participant perçoit le remboursement des dépenses qu'il a engagé par virement sur son compte bancaire ou postal (compte domicilié en France):

- soit lorsqu'il a envoyé son dossier par courrier et sur présentation des pièces justificatives originales suivantes :

- les décomptes originaux délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens ;

- soit lorsque son dossier est envoyé par flux électronique, en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire, (sauf renonciation du membre participant ou de ses ayants droit).

→ 2) Le membre participant « Groupe Étudiant » peut percevoir le remboursement des dépenses qu'il a engagé par virement sur son compte bancaire ou postal (compte domicilié en France), lorsqu'il se présente dans une agence de la mutuelle VITTA VI ou du Groupe VITTA VI Mutualité. Cette possibilité est réservée aux membres participants dépendant du règlement mutualiste « Groupe Étudiant ».

Dans tous les cas, des justificatifs originaux pourront être exigés :

- pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité ;
- pour les actes refusés, mais codifiés par le régime obligatoire ;
- pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire (prothèses dentaires, par exemple).

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 22.3: Cas spécifiques

Certaines garanties frais de santé disposent de règles de liquidation particulières.

Elles concernent:

Le bénéficiaire de la garantie dont les prestations sont exclusivement liées à un « check-up » complet incluant des actes de prévention, devra pour la liquidation des prestations concernées, spécifier le nom de cette garantie au moment de la demande de remboursement.

Le bénéficiaire d'une garantie frais de santé intervenant en complément de garanties souscrites auprès d'un autre organisme que la mutuelle doit pour être remboursé présenter la prescription médicale et le décompte émis par l'organisme complémentaire qui l'assure en premier lieu. Le décompte doit faire apparaître le montant payé, le montant pris en charge et payé par le régime obligatoire de sécurité sociale.

Si la prestation n'a pas fait l'objet d'une prise en charge par l'organisme complémentaire qui l'assure en premier lieu, le bénéficiaire doit fournir l'original de la prescription médicale et de la facture, une copie de sa carte mutuelle. Le remboursement de la mutuelle interviendra sur le montant restant à charge de l'adhérent dans la limite des frais engagés correspondant aux prestations et forfaits de la garantie.

Le bénéficiaire d'un produit frais de santé en inclusion, spécifique à la prise en charge par la mutuelle des actes et soins faisant suite à un accident, dans la limite de 400% de la base de remboursement du régime de sécurité sociale à condition que les actes et soins soient dispensés en France métropolitaine et dans les départements mer, dans un établissement conventionné. Il doit s'agir d'un accident entraînant des actes et soins prescrits médicalement.

La prise en charge par la mutuelle après la déduction des remboursements effectués par le régime obligatoire de sécurité sociale, la couverture complémentaire et les diverses assurances dont le membre participant peut bénéficier.

Le membre participant devra obligatoirement spécifier qu'il s'agit d'une prestation liée à un accident au moment de la demande de remboursement et fournir toutes pièces justificatives demandées pour la constitution du dossier.

Pour être prise en compte, toute demande de remboursement de prestations dans le cadre d'un accident, doit être justifiée par la première déclaration d'accident faite par le médecin, l'hôpital ou la clinique, complétée, le cas échéant, d'un constat amiable ou constat de police (en cas d'accident de la route) et/ou d'une déclaration d'accident sur l'honneur, de témoignages, etc

En cas d'accident impliquant un tiers, l'adhérent doit également fournir la déclaration de responsabilité civile faite auprès de la compagnie du tiers responsable.

Article 22.3: Tiers payant

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

Dans ce cas, le montant dû est directement payé aux établissements hospitaliers ou aux professionnels de santé.

La mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

Article 23 - Modalités de remboursement des prestations

Les prestations dues au titre de la garantie santé sont versées soit au bénéficiaire s'il a fait l'avance des frais, soit au professionnel de santé ou à l'établissement de soins si le bénéficiaire a été dispensé de l'avance des frais.

L'adhérent qui percevrait de la part de la mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la mutuelle dans les délais les plus brefs.

Le professionnel de santé qui percevrait de la part de la mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la mutuelle dans les délais les plus brefs.

Article 24 – Limite des remboursements des prestations

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle est tenu d'en faire la déclaration auprès de la mutuelle dans les huit jours du reçu de cette somme. En outre, le bénéficiaire sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses bases de remboursement et des clauses de ses statuts.

Le membre participant s'engage à signaler dans la bulletin d'adhésion s'il est déjà garanti par un autre organisme complémentaire intervenant avant la mutuelle. En cas de perception de prestations d'un autre organisme par le membre participant, la mutuelle intervient alors en complément du régime obligatoire et de celui du premier organisme complémentaire. La mutuelle ne peut indemniser des frais déjà remboursés par le premier organisme.

Article 25 : Évolution de l'assurance maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et produits médicaux, la mutuelle peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

CHAPITRE II – PRÉVOYANCE EXAMENS

Article 26 – Définition

La garantie « prévoyance examens » s'exprime sous la forme du versement d'une indemnité.

Lorsque le membre participant est dans l'impossibilité de passer ses examens, VITTAVI lui verse, sur présentation de justificatifs et à condition de déclarer l'événement dans les 5 jours qui suivent ce dernier, une indemnité d'un montant maximum de 6 000 €. Cette indemnité correspond au remboursement des frais de scolarité et d'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur pour redoubler l'année concernée par la non présentation aux examens (enseignement identique).

Un examen correspond à une épreuve ou série d'épreuves, portant sur un ensemble d'enseignements, que l'on fait subir à un candidat dans le but d'évaluer ou de contrôler ses capacités et ses connaissances en vue de la sanction des études. Le succès à ses examens permet à un étudiant d'obtenir un diplôme ou d'accéder à un niveau d'enseignement supérieur. Un concours d'entrée dans une école ou visant à un recrutement ne peut être assimilé à un examen.

Le membre participant est considéré comme étant dans l'impossibilité de passer ses examens en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- décès accidentel, dans les 15 jours qui précèdent la dernière session de l'examen, d'un des deux parents, d'un frère ou d'une sœur, du conjoint ou concubin ou personne liée par un PACS, ou des enfants
- hospitalisation de plus de 3 jours du membre participant pendant la dernière session des examens rendant impossible la présence de l'étudiant à l'examen
- accident survenant au membre participant le jour ou la veille de la dernière session de l'examen, entraînant une hospitalisation d'au moins 24 heures.

Article 27 - Exclusions

La garantie ne couvre pas :

- les suites et conséquences d'accident, d'infirmité ou de maladies antérieures à la date d'effet de l'adhésion
- l'aliénation mentale, une attaque de paralysie, d'apoplexie, d'épilepsie, la psychose, névrose, maladie de parkinson, syndrome cérébelleux, les atteintes dégénératives, ruptures d'anévrismes, ulcères, congestions, insulations et, d'une façon générale, toute affection organique dont le processus de développement a provoqué seul les dommages

- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide ainsi que toute lésion provoquée intentionnellement par le membre participant
- l'usage, par le membre participant, de stupéfiants ou de drogues non prescrits par une autorité médicale compétente
- les accidents résultant d'un état d'ivresse du membre participant lorsque le taux est supérieur au taux prévu par la législation en vigueur au moment de l'accident, ainsi que les accidents résultant de l'usage de stupéfiants
- l'utilisation ou la manipulation, par le membre participant, d'un engin de guerre dont la détention est interdite
- la navigation aérienne en qualité de personnel naviguant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essais ou de prototypes
- les sports aériens, les sports pratiqués à titre professionnel, le saut à l'élastique, l'ascension en montagne et l'alpinisme sans guide professionnel, le saut à ski, le skéléton, le bobsleigh, la luge sur piste, le hockey sur glace, la pratique du yachting à plus de cinq miles des côtes, la plongée sous marine avec appareil autonome, la spéléologie, le polo, les exhibitions acrobatiques, les sports pratiqués avec un véhicule à moteur, le combat avec ou sans arme, les épreuves de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional
- la guerre civile et étrangère, déclarée ou non, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels le membre participant aurait participé
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle de particules, sauf quand ces événements se sont déroulés lors des activités d'enseignements ou dans le cadre de stages ayant fait l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme d'accueil et que ces stages font partie intégrante du cursus d'enseignement
- les rayons X, le radium et ses composants, sauf si les dommages résultent, pour le membre participant, au cours d'un stage, d'une fausse manipulation des instruments
- la participation du membre participant à une rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger
- les attentats et émeutes sont exclus si le membre participant y prend une part active.

CHAPITRE III - GARANTIES MIXTES FRAIS DE SANTÉ - PRODUITS D'ASSURANCE

SECTION I – PASS SECURITE

Article 28 - Définition

Le Pass Sécurité est destiné à couvrir le membre participant contre tout risque pouvant lui arriver ou qu'il pourrait occasionner à un tiers.

Article 29 – Composition de la garantie

Le Pass Sécurité est composé des produits suivants :

- une individuelle accident (invalidité permanente) : **co-assuré par la mutuelle et Ace Insurance SA**
- une responsabilité civile / responsabilité civile professionnelle : **risque porté par AXA France IARD**
- une assistance : **risque porté par ACE Europe**
- une assurance décès accidentel : **risque porté par ACE Europe**
- une assurance «Prévoyance Examen» : **assuré par la mutuelle**
- une couverture « 400% accident » : **assuré par la mutuelle**

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 30 : Contrôle

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. **En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la mutuelle.**

S'agissant de la délivrance des prestations, la mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles, enquêtes qu'elle juge nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. Le membre participant ne peut se soustraire à ces enquêtes sous peine de suspension immédiate des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désignée par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le président du conseil départemental de l'ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Article 31 : Forclusion – Remboursements exclus

Article 31.1 : Forclusion

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de six mois à compter :

- du remboursement de la sécurité sociale
- de la date des soins

Article 31.2 : Remboursements exclus

1. Sont exclus des remboursements accordés par la mutuelle :

- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale,
- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.

2. Par ailleurs, sont exclus des remboursements accordés par la mutuelle :

- les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception des prestations explicitement prévues dans la garantie choisie,
- la chirurgie esthétique ne donne pas lieu à prise en charge sauf si elle est consécutive à un accident et avec l'accord préalable du régime obligatoire de l'assurance maladie (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction),
- les transports liés aux cures thermales,
- les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement,
- guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté du membre participant ou des ses ayants droit ;

- actes commis volontairement par le membre participant ou ses ayants droit, mutilation, participation effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu ou d'un abus de stupéfiants ;
- explosion d'un engin ou partie d'un engin atomique ;
- radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs.

Les exclusions des remboursements des soins, actes médicaux ou hospitalisations, qu'elle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits énoncés au 2 ci-dessus ne s'appliquent pas aux garanties qualifiées de responsables.

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à prise en charge de la part de la mutuelle. Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des soins.

Enfin, les médicaments qui ne sont plus remboursés par l'assurance Maladie conformément aux arrêtés du 17 janvier 2006 et 18 décembre 2006 du ministère de la Santé ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Article 32 : Fausses déclarations

Article 32.1. : Fausses déclarations intentionnelles

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, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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.

Article 32.2. : Fausses déclarations non intentionnelles

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 33.: Usage frauduleux des tableaux de garanties

La mutuelle intervient en complément des remboursements des régimes obligatoires et dans tous les cas dans les limites de remboursements des tableaux de garanties « frais de santé », indemnités journalières et décès existants.

Les remboursements se font sur la base des codifications d'actes prévus par les régimes obligatoires, définis par les statuts et règlements des garanties de la mutuelle, dans la stricte application des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Toute utilisation frauduleuse des tableaux de garanties à l'initiative d'un professionnel de santé et/ou d'un membre participant et/ou d'un ayant droit peuvent entraîner un recours en justice et l'application de l'article 34 du présent règlement des garanties.

Il est entendu par « utilisation frauduleuse » les comportements principaux suivants:

- ☒ non respect de la nomenclature des régimes obligatoires ;
- ☒ non respect des tarifs pratiqués habituellement par le professionnel de santé (ex: tarification réalisé en fonction du tableau de garantie et non de l'acte en lui-même) ;
- ☒ utilisation des tableaux de garanties pour maximiser les conditions de prises en charge ;
- ☒ transmission et déclaration d'une facturation différente au régime obligatoire et à la mutuelle ;
- ☒ non respect de la prescription médicale (ex: remboursement de lunettes solaires à la place de verres optique) ;

Cette liste n'étant pas exhaustive, d'autres cas peuvent le cas échéant être concernés par le caractère frauduleux de l'usage des tableaux de garanties.

Article 34 - Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité.

Article 35 - Désignation de l'organisme de contrôle

VITTAVI, en raison de sa vocation statutaire, relève de la tutelle du Ministère de l'emploi et de la solidarité. Conformément aux dispositions de l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, VITTAVI exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) instituée par l'article L.951-1 du Code de la Sécurité Sociale et sise 61 rue Taibout, à Paris (IXe arrondissement).

Article 36 - Service Relations Clients

Pour tout renseignement, le membre participant peut contacter le service Clients :

VITTAVI
 Service Clients
 BP 55876
 31506 TOULOUSE Cedex 5 - France
 Téléphone : (+33) 825.825.715 (0,1254 € HT par minute + TVA en vigueur, depuis la France)

Article 37 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la Mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

Article 38 - Rétractation

Chaque membre participant dispose d'un délai de rétractation de 15 jours, à compter de la signature de son adhésion. Il doit en formuler la demande à VITTAVI par lettre recommandée.

Sur présentation de la preuve de son adhésion, après avoir retourné à VITTAVI sa carte d'adhérent et, selon les cas, son attestation d'assurance Responsabilité Civile (pour les adhérents dont le produit inclut cette assurance – cf. article 8), et à la condition impérative qu'aucune prestation n'ait été versée, le membre participant recevra par courrier le remboursement intégral de son versement. Ce remboursement interviendra dans un délai d'un mois à compter de la demande.

En cas d'impossibilité de retourner sa carte d'adhérent à VITTAVI, le membre participant s'engage à ne pas en faire usage. Dans le cas contraire, il s'expose à des poursuites judiciaires.

Article 39 : Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance

En cas d'adhésion à distance au présent règlement, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où son adhésion a pris effet.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à VITTAVI - Service Clients - BP 55876 - 31506 TOULOUSE Cedex 5 - France, une lettre recommandée avec avis de réception indiquant :

« Je soussigné(é) Mr/Mme (nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au régime de complémentaire santé, d'indemnité journalières ou de décès (choisir la ou les garanties concernées) et demande le remboursement des cotisations versées. Le (date et signature)

VITTAVI rembourse les sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. **En cas d'exercice de la faculté de renonciation, les garanties cessent à la date d'envoi de la lettre recommandée.**

Informations exigées par les dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité concernant la commercialisation à distances d'opérations d'assurance individuelles.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Les relations précontractuelles entre la mutuelle et le membre participant sont régies par la loi française. Il en va de même de la loi applicable au bulletin d'adhésion. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | VITTAVI s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement la langue française. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Toute réclamation au sujet du bulletin d'adhésion peut être soumise à VITTAVI sans préjudice pour le membre participant d'intenter une action en justice. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Le membre participant est informé de l'existence du Service Fédéral de Garantie (SFG) contre la défaillance des mutuelles visée à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité. |

Article 40 : Droit de renonciation en cas d'adhésion par démarchage à domicile

En cas d'adhésion consécutive à un acte de démarchage à domicile au présent règlement, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion ou si le délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à VITTAVI - Service Clients - BP 55876 - 31506 TOULOUSE Cedex 5 - France, une lettre recommandée avec avis de réception indiquant :

« Je soussigné(é) Mr/Mme (nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au régime de complémentaire santé, d'indemnité journalières ou de décès (choisir la ou les garanties concernées) et demande le remboursement des cotisations versées. Le (date et signature) garanties concernées) et demande le remboursement des cotisations versées. Le (date et signature).

Sébastien Franconie
Président du Conseil d'Administration

