

# NOTICE D'INFORMATION

REMBOURSEMENTS  
COMPLÉMENTAIRES  
DE FRAIS DE SANTÉ

# CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## ARTICLE 1<sup>ER</sup> : DÉNOMINATION SOCIALE DE LA MUTUELLE

Mutuelle Bleue, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social à Paris (75008) 68 rue du Rocher et inscrite au Registre national des mutuelles sous le n°775 671 993 sera désignée dans la présente notice par le terme Mutuelle.

## ARTICLE 2 : CARACTÉRISTIQUE DE LA GAMME

Les garanties proposées répondent aux exigences prévues par l'article 57 de la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et son Décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005.

## ARTICLE 3 : OBJET DE LA NOTICE

La présente notice, établie par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, constitue une annexe aux statuts de la Mutuelle. Elle a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et ayants droit tels que définis à l'article 6 des statuts ou membres honoraires de la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations définies aux Chapitres III et IV de la présente notice.

## ARTICLE 4 : TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les territoires et départements français d'outre-mer.

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'assurance maladie obligatoire français de l'assuré. Le règlement des prestations est effectué en euros.

## ARTICLE 5 : DÉFINITIONS

• **Code de la Mutualité** : Texte officiel édictant les règles de fonctionnement de tous les organismes mutualistes (mutuelles, unions et fédérations). Sa mise en place résulte d'une Ordonnance du 19 avril 2001 (J.O. du 22 avril 2001) et de ses textes d'application.

• **Membres participants** : Personnes physiques bénéficiant des prestations de la Mutuelle et qui, le cas échéant, en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

• **Ayants droit** : Personnes bénéficiant des prestations statutaires complémentaires maladie de la Mutuelle, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec le membre participant. Les personnes comprises sous le terme d'ayants droit sont les membres de la famille de l'assuré, tels que définis par l'article 6 des statuts.

• **Bénéficiaires** : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir le membre participant lui-même et le ou les ayants droit désignés par celui-ci sur la demande d'adhésion. Les bénéficiaires sont également dénommés adhérents.

• **Membres honoraires** : Personnes physiques ou personnes morales qui versent des cotisations, contributions ou des dons sans bénéficier des prestations de la Mutuelle.

• **Protection complémentaire maladie** : Elle permet la prise en charge de tout ou partie des frais liés à la santé en complément ou en supplément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie maternité.

• **Délais de stage** : Période qui suit l'adhésion à la Mutuelle et pendant laquelle l'adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des prestations souscrites.

• **Tarif de responsabilité** : Tarif forfaitaire fixé par voie conventionnelle ou réglementaire pour les actes pratiqués par les professionnels de santé et servant de base aux remboursements de la Sécurité sociale.

• **Ticket modérateur** : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'adhérent.

• **Tiers payant** : Paiement direct, total ou partiel, des frais médicaux ou pharmaceutiques, laissés à la charge de l'adhérent par la Mutuelle au lieu et place de ce dernier.

• **Parcours de soins coordonnés** : Établi et coordonné par le médecin traitant désigné par l'assuré, il influe sur le taux de remboursement du Régime Obligatoire.

• **Contrat responsable** : Contrat dont les garanties respectent les critères fixés par la Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale) et permettant le bénéfice d'exonérations fiscales et sociales. Ces critères consistent à ce que les garanties prennent en charge certaines prestations et en excluent d'autres.

• **Base de remboursement (BR)** : Base à partir de laquelle est calculé le remboursement du régime obligatoire.

• **Dossier Médical Personnel (DMP)** : Dès sa mise en œuvre, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie disposera d'un DMP, notamment constitué des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Chaque professionnel de santé reportera dans le DMP, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

## ARTICLE 6 : DÉLÉGATION DE GESTION

Le Mutuelle délègue la gestion des garanties visées par la présente notice à AGGEMA, SARL au capital de 8000 €, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 449 276 021 ainsi qu'à l'ORIAS sous le n°07004710 et ayant son siège social 8 rue des Acacias à Issy-les-Moulineaux (92130).

# CHAPITRE II - ADHÉSION

## ARTICLE 7 : OBJET DE L'ADHÉSION

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement 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 les régimes obligatoires d'assurance maladie maternité. Peuvent également être couvertes des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie maternité.

En tout état de cause, les membres participants et leurs ayants droit bénéficient de prestations, conformément au niveau de garantie choisi.

## ARTICLE 8 : CONDITIONS ET FORME DE L'ADHÉSION

Peuvent adhérer à la Mutuelle, en application de l'article 8 des statuts, les personnes qui, quels que soient leur âge, leur état de santé et leur profession sont affiliées à titre obligatoire ou volontaire à un régime obligatoire d'assurance maladie maternité.

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'une demande d'adhésion par laquelle le membre participant manifeste expressément sa volonté de bénéficier des prestations garanties par la Mutuelle pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit, tels que définis par l'article 6 des statuts. Le membre participant signe pour ses ayants droit.

## ARTICLE 9 : MODALITÉS D'ADHÉSION

La demande d'adhésion susvisée comporte des rubriques destinées à renseigner la Mutuelle sur les éléments suivants :

- les nom, prénom, date de naissance, adresse du membre participant et, le cas échéant, les nom, prénom, date de naissance de son(sa) conjoint(e) ou de son(sa) concubin(e) ou de son(sa) partenaire lié(e) par un PACS ;
- le cas échéant les noms, prénoms des enfants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Ladite demande précise également la garantie choisie ainsi que la modalité et les périodicités de paiement des cotisations.

La demande d'adhésion, dûment remplie et signée, est adressée ou déposée au centre de gestion d'AGGEMA, accompagnée du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation. Il est remis au membre participant, après signature de la demande d'adhésion, une carte d'adhérent comportant :

- en son en-tête, les signes distinctifs de la Mutuelle ;
- les noms et prénoms des bénéficiaires : le membre participant et le cas échéant ses ayants droit ;
- les taux de remboursement correspondant à l'option choisie entre les différentes garanties.

La signature de la demande d'adhésion emporte acceptation des dispositions de la présente notice et des statuts de la Mutuelle, remis au membre participant préalablement à son adhésion. Celui-ci reconnaît en avoir pris connaissance avant la signature de ladite demande.

## ARTICLE 10 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion (cachet de la poste ou date de remise en agence faisant foi), sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

**Elle est souscrite pour une durée indéterminée sauf résiliation à chaque échéance annuelle dans les conditions de forme et de délai exposées ci-dessous.**

## ARTICLE 11 : DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion. Pour ce faire, il lui suffit d'adresser à AGGEMA (10 rue Louis Fournier 77100 Meaux) une lettre recommandée avec accusé de réception dans les quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du moment où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet.

La renonciation entraîne la restitution de la totalité des cotisations versées. Le remboursement est adressé dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception, par AGGEMA, de la lettre recommandée. Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

Ci-dessous, le modèle de lettre de renonciation :

« Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir prendre acte de mon souhait de renoncer à mon adhésion à la garantie Frais de santé que j'ai souscrite en date du .....

Je vous serais obligé de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à .....

le .....

Signature : »

## ARTICLE 12 : FORME ET DÉLAIS DE LA RÉSILIATION ANNUELLE

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion le 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège d'AGGEMA **deux (2) mois au moins** avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la poste faisant foi).

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

## ARTICLE 13 : EFFET DE LA RÉSILIATION

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation. À compter de sa date de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à AGGEMA la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services d'AGGEMA dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

# CHAPITRE III - COTISATIONS

## ARTICLE 14 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Le bénéfice des garanties complémentaire maladie assurées par la Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée forfaitairement par référence :

- au niveau des garanties souscrites ;
- au lieu de résidence principale du membre participant.

À cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations...) ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les règlements ou statuts de ces organismes.

## ARTICLE 15 : CAS PARTICULIER : BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

Certains adhérents à la Mutuelle peuvent bénéficier de l'ACS, au sens de l'article L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Cette ACS consiste en une réduction que peut accorder la Mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à cet adhérent.

### 15.1. Conditions pour bénéficier de l'ACS

Les conditions pour bénéficier de cette réduction sont les suivantes :

- résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière ;

- avoir des ressources comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale et ce même plafond majoré de 15 % ;

- que le contrat souscrit ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale (fixée à 1 euro au 1<sup>er</sup> janvier 2005) ;

- adhérer à un contrat qui respecte le cahier des charges des contrats « responsables » à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

### 15.2. Montant de la réduction

Le montant de la réduction au titre de l'ACS varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer (au sens de l'article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale), couvertes par les garanties santé.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à une seule ACS par an.

Le montant de l'ACS ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Le montant de la réduction est susceptible d'être réévalué chaque année ; ce montant pourra être communiqué à tout adhérent qui en fait la demande auprès d'AGGEMA.

### 15.3. Durée de la réduction

Le droit à réduction est ouvert pour un (1) an à compter de la date d'effet de l'adhésion à la Mutuelle. Toutefois, si l'adhérent est déjà couvert par un contrat d'assurance complémentaire de santé à la date de remise de l'attestation, le droit à réduction prend effet à cette date.

AGGEMA délivre au souscripteur une attestation de la date d'effet du droit à réduction de chacun des bénéficiaires. Le souscripteur bénéficie à compter de cette date et pour la même durée du crédit d'impôt.

En cas de suspension par AGGEMA du versement des prestations prévues au contrat, notamment en cas de non-paiement à l'échéance par le souscripteur de la prime ou de la cotisation, le bénéfice de l'ACS est suspendu. Si le contrat prend fin au cours de la période d'un (1) an, il est mis fin au droit à réduction. AGGEMA remet alors au bénéficiaire une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par la notice et précisant la date à laquelle l'adhésion a pris fin. Le bénéficiaire fournit cette attestation à l'appui de sa nouvelle demande de droit à réduction.

Lorsque le droit à réduction s'exerce dans le cadre de plusieurs contrats souscrits par des personnes différentes d'un même foyer :

a) la demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux (2) mois et au plus quatre (4) mois avant l'échéance du droit à réduction ;

b) une appréciation anticipée des ressources ne peut être demandée que si tous ces contrats ont pris fin ;

c) si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat, sans que tous les autres contrats aient pris fin et alors que la période du droit à réduction n'est pas expirée, AGGEMA lui remet, à sa demande, l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 du Code de la Sécurité sociale et une attestation indiquant la durée pendant laquelle elle a exercé son droit à réduction. L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

En cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à réduction, l'enfant donne droit, pour la période de droit restant à courir, à la réduction prévue par cet article pour le souscripteur du contrat.

Lorsque le bénéficiaire du droit à réduction cesse de résider en France, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit.

Le bénéfice de la réduction est interrompu.

## ARTICLE 16 : AVANTAGES FISCAUX AU TITRE DE LA « LOI MADELIN »

### 16.1. Principe

La Loi n°94-126 du 11 février 1994, dite « Loi Madelin » offre la possibilité de déduire du bénéfice imposable (bénéfices industriels et commerciaux - BIC - ou bénéfices non commerciaux - BNC) les cotisations versées chaque année pour se constituer un complément de retraite par capitalisation ou acquérir des garanties de prévoyance et de complémentaire maladie.

### 16.2. Bénéficiaires

Les personnes soumises à l'impôt sur le revenu, au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC), les commerçants, artisans, professions libérales et travailleurs non salariés non agricoles et leurs conjoints collaborateurs peuvent bénéficier, sous certaines conditions, des avantages de la « Loi Madelin » susvisée.

### 16.3. Conditions

Les personnes souhaitant bénéficier de cette déduction doivent être à jour de leurs cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse et adhérer à un contrat collectif souscrit par une association comportant au moins 1 000 membres exerçant ou ayant exercé une activité non salariée non agricole.

Ainsi, les travailleurs indépendants peuvent adhérer à l'association ELANTIS en cochant la case prévue à cet effet sur la demande d'adhésion visée à l'article 9 de la présente notice.

Plus généralement, les cotisations versées au titre de l'acquisition à un contrat complémentaire santé sont déductibles dans les conditions et limites prévues par la réglementation en vigueur à la date de la déclaration des revenus de l'année N-1.

### ARTICLE 17 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1<sup>er</sup> janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués avant fin octobre aux adhérents dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante selon les modalités de paiement indiquées sur la demande d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie), la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

### ARTICLE 18 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, sur appels de cotisations adressés à la dernière adresse connue du membre participant.

Elles sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion et feront l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

Les modalités et les périodicités de paiement des cotisations figurent sur la demande d'adhésion.

Le membre participant a la faculté de modifier, en cours d'adhésion, la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit, auprès d'AGGEMA un (1) mois au moins avant la date d'effet souhaitée.

La date de paiement, prise en considération, est celle du règlement par prélèvement auprès d'AGGEMA.

### ARTICLE 19 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, AGGEMA adresse au membre participant une lettre de mise en demeure l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

À défaut de paiement de la cotisation dans les trente (30) jours suivants cette mise en demeure, la Mutuelle pourra suspendre ses garanties.

Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

### ARTICLE 20 : CAS D'EXONÉRATION DE COTISATIONS

Sont dispensés du paiement des cotisations les bénéficiaires du dispositif de la CMU affiliés à la Mutuelle, sous les conditions et dans les limites prévues par la Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 et ses décrets d'application.

## CHAPITRE IV – PRESTATIONS

### ARTICLE 21 : DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

La nature et l'étendue des prestations complémentaire maladie assurées par la Mutuelle figurent dans le tableau annexé aux présentes.

Les remboursements réalisés par AGGEMA sont fonction du ou des choix

effectués par le membre participant lors de son adhésion, parmi les différents niveaux de garantie proposés et figurant sur la demande d'adhésion.

L'attention des adhérents est attirée sur le fait que les prestations peuvent être appelées à évoluer au cours des années à venir pour tenir compte des dispositions réglementaires qui doivent être prises dans le cadre de l'application de la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

### ARTICLE 22 : CHANGEMENTS ET MODIFICATIONS DE GARANTIES

Les changements ou modifications de garanties ne peuvent être effectués qu'après douze (12) mois, à compter de la date d'effet du contrat.

La demande de modification prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande du membre participant.

D'une façon générale, toute modification de garantie ne pourra intervenir qu'une fois par année civile.

### ARTICLE 23 : OUVERTURE DES DROITS

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet du contrat telle que prévue à l'article 10 de la présente notice.

### ARTICLE 24 : CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS ET LIMITES AUX REMBOURSEMENTS

Sous réserve du cas d'exonération de cotisations visé par l'article 20 ci-dessus, le bénéfice des prestations assurées par la Mutuelle est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les adhérents doivent en conséquence être à jour de leurs cotisations à la date des soins dont le remboursement ou la prise en charge est demandé(e). En vertu des dispositions de l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements effectués par la Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge effective des adhérents.

Si tel était le cas, la Mutuelle se réserve le droit de réduire à due concurrence le montant de ces remboursements.

**La Mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire de l'adhérent aux frais de santé prévue à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de ce même article, applicable, dans les conditions et limites prévues par les Lois et Règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :**

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

### ARTICLE 25 : MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du "tiers payant", la Mutuelle n'intervient qu'après participation de la Caisse d'Assurance Maladie dont relève l'adhérent.

Les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par AGGEMA au vu des documents transmis par la Caisse d'affiliation susvisée et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

À défaut d'application du procédé de la télétransmission, les remboursements sont effectués au vu des pièces suivantes :

- la prescription médicale ;
- le cas échéant, le justificatif de paiement : facture... ;
- les décomptes du Régime Obligatoire.

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

AGGEMA se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente notice. **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.**

Selon le niveau de garantie souscrit, la Mutuelle peut également verser des prestations forfaitaires pour des actes non remboursés par le régime d'assurance maladie obligatoire.

## **ARTICLE 26 : FORME ET DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

Sauf dans le cas du "tiers payant", les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par chèque ou par virement sur le compte déterminé par le membre participant.

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le membre participant et ses ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

## **ARTICLE 27 : SUSPENSION DE GARANTIES**

Le droit à prestations est suspendu :

1. à l'issue des trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues. En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.

2. en cas de guerre.

D'une façon générale, aucune prestation n'est due pour tous soins, toutes interventions ou hospitalisations intervenus ou survenus pendant la période de suspension.

## **ARTICLE 28 : EXCLUSIONS**

Sont expressément exclus des garanties de la Mutuelle, en dehors du parcours de soins coordonnés, les interventions, soins et hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, pratiqués à la suite :

1. d'un des faits suivants : mutilation volontaire, duel, tentative de suicide, participation volontaire à une rixe, participation directe et effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, cataclysme ayant le caractère de force majeure, pari, défi, match ;

2. de faits de guerre civile ou étrangère et spécialement de ceux d'agents bactériologiques, chimiques ou atomiques ;

3. d'un accident résultant d'un état d'ivresse reconnu ou de l'usage de stupéfiants (taux constaté égal ou supérieur au taux prévu par la réglementation en vigueur lors de l'accident) ;

4. d'un accident de travail donnant droit au bénéfice des dispositions de la législation sur les accidents du travail ;

5. d'un accident résultant de la pratique par le sociétaire de tout sport pratiqué à titre d'amateur et couvert par un contrat d'assurance accident individuel, de groupe, particulier ou spécifique et quelle que soit la nature juridique de ce contrat.

Il en est de même en ce qui concerne les accidents "scolaires".

Cette disposition ne déroge pas aux accords que la Mutuelle peut passer directement ou du fait de la Mutualité de Seine et Marne, de la F.N.M.I. (Fédération Nationale des Mutuelles Inter-professionnelles) ou de la F.N.M.F. (Fédération Nationale de la Mutualité Française) ou de la F.M.P. (Fédération Mutualiste de la Région Parisienne), avec d'autres mutuelles ou unions mutualistes ;

6. d'un accident résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager, de motos de plus de 125 cc ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières ;

7. d'un accident résultant de la pratique par le membre participant de tout sport à titre professionnel et des sports, même pratiqués à titre amateur, suivants : alpinisme, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors piste, tout sport nécessitant un engin à moteur ;

8. les interventions dites esthétiques, sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la Mutuelle et après accord du médecin-conseil. Par interventions esthétiques, il est entendu celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction.

## **ARTICLE 29 : MODIFICATION DES PRESTATIONS ASSURÉES PAR LA MUTUELLE**

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux de remboursement des régimes obligatoires de Sécurité sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Il pourra en être de même en cas de variation importante constatée ou prévue du volume et du coût des soins ou services. Ces modifications seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le Code de la Mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations seront adressés aux adhérents à leur dernière adresse et leur seront opposables à compter de cette notification.

## **ARTICLE 30 : CESSATION DE LA GARANTIE**

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

• en cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 12 de la présente notice ;

• en cas de non-paiement de la cotisation (article 19 de la présente notice) ;

• en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément à l'article L. 211-9 du Code de la Mutualité.

Il peut également être mis fin à l'adhésion, indifféremment par la Mutuelle ou le membre participant, en cas de survenance d'un des événements suivants :

• changement de domicile ;

• changement de situation matrimoniale ;

• changement de régime matrimonial ;

• changement de profession ;

• retraite ou cessation définitive d'activité.

Cette résiliation n'est possible que si l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se trouve plus dans la nouvelle situation.

Elle doit faire l'objet d'une notification dans le délai de trois (3) mois suivant la survenance de cet événement, pour prendre effet un (1) mois après réception de la notification.

Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

## **CHAPITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES**

### **ARTICLE 31 : PRESCRIPTION**

Toutes actions dérivant de l'adhésion à la Mutuelle sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par une des causes d'interruption visées par le Code de la Mutualité.

### **ARTICLE 32 : ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT**

Le membre s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à AGGEMA tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la Mutuelle.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 33 ci-après.

Il informera AGGEMA, lors de la souscription de son adhésion, de l'existence de garanties complémentaire maladie souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurance.

### **ARTICLE 33 : SANCTIONS**

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les statuts (article 13).

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

**1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).**

**2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).**

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

#### **ARTICLE 34 : SUBROGATION**

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, AGGEMA est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions du membre participant et ses ayants droit envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même ou aux membres de sa famille.

À cet effet, le membre participant et ses ayants droit devront informer AGGEMA de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

#### **ARTICLE 35 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Les données nominatives recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités d'AGGEMA.

Elles sont régies par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004.

Les membres participants ainsi que leurs ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage d'AGGEMA, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication ou rectification

de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège d'AGGEMA.

#### **ARTICLE 36 : CONTESTATIONS**

En cas de contestations et si les réponses apportées ne satisfont pas à l'attente du membre participant ou de ses ayants droit, ces derniers pourront adresser une réclamation à :

##### **AGGEMA**

**10 rue Louis Fournier  
77334 MEAUX Cedex**

Si un désaccord subsiste, le membre participant et ses ayants droit auront toujours la faculté de faire appel à un médiateur dont les coordonnées lui seront communiquées par AGGEMA et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

#### **ARTICLE 37 : MODIFICATION DE LA NOTICE**

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

#### **ARTICLE 38 : LOI APPLICABLE**

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

#### **ARTICLE 39 : DÉSIGNATION DE L'ORGANISME DE CONTRÔLE**

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

MUTUELLE BLEUE est une Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 775 671 993.

AGGEMA - Siège social : 8 rue des Acacias 92130 ISSY LES MOULINEAUX  
SARL de gestion et de courtage d'assurances régie par le Code des Assurances  
Garantie financière et assurance responsabilité professionnelle conformes aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des Assurances  
RCS Nanterre n° 449 276 021 ORIAS n° 07004710

