



**RÈGLEMENT MUTUALISTE  
DE LA  
MUTUELLE DES SAPEURS-POMPIERS  
DU GERS**



**Règlement Mutualiste modifié et ratifié par l'assemblée générale  
du 16 Juin 2023**



## SOMMAIRE

### TITRE PRELIMINAIRE : OBJET DU REGLEMENT

- Article Préliminaire : Extrait de l'avenant à la convention de substitution – conséquences du retrait d'agrément
- Article 1 : Définition du règlement
- Article 2 : Adhésion à la mutuelle
- Article 3 : Contenu

### TITRE I OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

#### **CHAPITRE I CONDITIONS D'ADHESION**

- Article 4 : Bénéficiaires des garanties
- Article 5 : Contrats solidaires et responsables
- Article 6 : Conditions d'adhésion
- Article 7 : Modification des garanties
- Article 8 : Résiliation
- Article 9 : Cessation des garanties

#### **CHAPITRE II COTISATIONS**

- Article 10 : Détermination
- Article 11 : Paiement Révision
- Article 12 : Retard de paiement
- Article 13 : Révision
- Article 14 : Exonération des cotisations
- Article 15 : Cotisations particulières

### TITRE II OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

#### **CHAPITRE III PRESTATIONS**

- Article 16 : Définitions des prestations
- Article 17 : Libre choix
- Article 18 : Déchéance
- Article 19 : Prescription
- Article 20 : Règlement de prestations
- Article 21 : Prestations exclues
- Article 22 : Fausse déclarations
- Article 23 : Suspension de bénéfice des prestations
- Article 24 : Subrogation
- Article 25 : Affiliations multiples
- Article 26 : Prestations en inclusion
- Article 27 : Contrat responsable et solidaire
- Article 28 : Prestations exceptionnelles

#### **CHAPITRE V : INFORMATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS**

- Article 29 : Information des membres participants dans le cadre d'opérations individuelles
- Article 30 : Effet des décisions prises par l'assemblée générale
- Article 31 : Informations relative aux modifications des statuts et règlement mutualiste

### TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

- Article 32 : Echange de données informatisées
- Article 33 : Protection des données à caractère personnel
- Article 34 : Réclamation- Médiation
- Article 35 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

## TITRE PRELIMINAIRE : OBJET DU REGLEMENT

### **Article Préliminaire : Extrait de l'avenant à la convention de substitution – conséquences du retrait d'agrément**

« En application de l'article L.211-5 du code de la Mutualité, Harmonie Mutuelle se substitue intégralement à la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS pour l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par cette dernière ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relativement aux risques apportés, tels ces risques sont définis dans les règlements mutualistes et dans les contrats collectifs de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS. »

« Harmonie Mutuelle donne à la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels. »

Si l'agrément accordé à Harmonie Mutuelle lui est retiré, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant qui a acquitté la cotisation.

### **Article 1 : Définition du règlement**

Le règlement de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS (ci-après désignée « mutuelle ») a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents) qui ont souscrit à titre individuel une garantie de frais de santé, et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations, suivant en cela les dispositions prévues par l'article L. 114-1 du code de la mutualité et la convention de substitution conclue le 01/01/2012 avec **Harmonie Mutuelle**.

Ce règlement complète les statuts de la mutuelle et est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration de la mutuelle.

Les dispositions d'application du code de la mutualité non prises en compte dans le présent règlement en raison de leur date de parution s'appliqueront de plein droit au présent règlement, dès lors qu'elles auront un caractère d'ordre public.

Elles feront l'objet ultérieurement de ratification par l'Assemblée Générale.

### **Article 2 : Adhésion à la Mutuelle**

Sous réserve d'être couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français, peut adhérer à la Mutuelle, pour elle-même et/ou ses ayants droit tels que définis à l'article 4 du présent règlement, toute personne signant un bulletin d'adhésion en qualité de :

- Sapeurs-Pompiers professionnels ou volontaires actifs ou retraités,
- Membre du personnel administratif du SDIS (PATS),
- Anciens sapeurs-pompiers ou anciens membres du personnel administratif technique du SDIS (PATS),

- Veuf, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) d'un sapeur-pompier ou PATS décédé,
- Personnes divorcées ou séparées d'un membre participant sans qu'elles puissent ouvrir de nouveaux droits pour leurs ayants droit tels que définis à l'article 4 du présent règlement,
- Ayant droit tel que défini à l'article 4 du présent règlement, y compris après la perte de ce statut, sous réserve qu'il en fasse la demande.

La signature du bulletin d'adhésion individuelle emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par le descriptif des garanties et par la notice d'information de la garantie d'assistance. Le membre participant reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

### **Article 3 : Contenu**

Le règlement mutualiste définit :

1. Les obligations des membres participants envers la mutuelle qui comprennent :
  - les conditions d'adhésion,
  - les cotisations.
2. Les obligations de la mutuelle envers les membres participants qui comprennent :
  - les prestations couvertes,
  - l'information des adhérents.

Sont annexés à ce règlement, les descriptifs de garanties et les cotisations y afférant.

## **TITRE I : OBLIGATION DES MEMBRES PARTICIPANTS**

### **CHAPITRE I : CONDITIONS D'ADHESION**

#### **Article 4 : Bénéficiaires des garanties**

La mutuelle met à disposition des garanties santé aux membres participants et à leurs ayants droit. Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations santé de la mutuelle et en ouvrent le droit à leur ayant droit tels que définit ci-après.

Sont considérés comme ayant droit d'un membre participant (membres bénéficiaires) :

- son conjoint ou son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
- ses enfants ou les enfants de son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin, jusqu'au 31 décembre qui suit son 25<sup>ème</sup> anniversaire ou son 28<sup>ème</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle,
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français,
- Ses ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3<sup>ème</sup> degré ou l'allié au même degré que le membre participant.

Les personnes séparées ou divorcées d'un membre participant peuvent rester adhérentes à la mutuelle sans pour autant ouvrir de droits à leurs ayants droits tels que définit ci-dessus.

### **Article 5 : Contrats solidaires et responsables :**

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à le membre participant ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

### **Article 6 : Conditions d'adhésion**

L'adhésion est subordonnée à la production de l'attestation d'affiliation au régime obligatoire d'Assurance maladie.

**L'adhésion est annuelle et expire le 31 décembre de l'année d'adhésion. Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1<sup>er</sup> janvier sauf dénonciation selon les modalités prévues à l'article 8 du présent règlement.**

L'adhésion prend effet, à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Pour les nouveau-nés, adhésion à la date de naissance (2 mois offerts, mois de naissance compris).

Néanmoins, la Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès de l'adhérent la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur son identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie.

L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

## **Article 7 : Modification des garanties**

### **7.1 – Modification à l’initiative de la mutuelle**

Les garanties 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 de la part de cette dernière.

Les membres participants sont informés de ces modifications conformément aux dispositions prévues par le code de la mutualité.

## **Article 8 : Résiliation**

### **8.1 – Résiliation à l’initiative du membre participant**

#### ***8.1.1 – Principe : faculté de résiliation annuelle***

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

L’adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d’un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation avant le 31 octobre de l’année selon les modalités prévues à l’article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir au choix de l’adhérent :

- Soit par lettre ou tout autre support durable;
- Soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle;
- Soit par un acte extrajudiciaire.
- Soit, lorsque la mutuelle propose l’adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication;
- Soit par tout autre moyen prévu par le règlement

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation.

Ce préavis ne sera pas exigé pour les demandes de résiliations suite à l’adhésion « garantie complémentaire santé » dans le cadre d’un contrat obligatoire dans les conditions définies ci-après, ou suite à l’attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (sur présentation de la notification d’attribution).

Dans le cas de l’attribution de la Complémentaire Santé Solidaire, la résiliation sera effective à la date d’effet du régime obligatoire, sous réserve de déclaration à la mutuelle dans les 3 mois de cette dernière ; à défaut la résiliation sera effective un mois après réception de la déclaration.

En application de l’article L.221-10-1 du code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d’exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l’adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d’échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu’il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé qu’il dispose d’un délai de vingt jours suivant la date d’envoi de l’avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

#### ***8.1.2 – Faculté de résiliation exceptionnelle***

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuel, si un membre participant apporte la preuve, dans les 2 mois de sa mise en place (sur présentation d’une attestation de l’employeur) qu’un accord d’entreprise ou



qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas la résiliation prendra effet au dernier jour du mois de la prise d'effet du contrat collectif à adhésion obligatoire.

Si la demande est faite au-delà du délai de 2 mois, la résiliation sera effective le premier jour du mois qui suit la demande écrite.

La fin de l'adhésion ou la résiliation de contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

### 8.1.3 – Résiliation infra-annuelle

L'adhérent peut mettre fin à la garantie sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent règlement mutualiste, selon les conditions et modalités définies à l'article L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation peut être au choix de l'adhérent :

- Une lettre simple ou tout autre support durable ;
- Une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- Un acte extrajudiciaire.
- Lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le règlement.

La mutuelle atteste par écrit la réception de la notification de résiliation.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

## 8.2 – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle (**annexe 1**).

### 8.2.1 – Résiliation

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion d'un membre participant dans les cas et conditions visés à l'article 8.1.2 pour la faculté de résiliation exceptionnelle.

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 15 du présent règlement (procédure de résiliation en annexe).

### 8.2.2 – Exclusion

Peuvent être exclus de la mutuelle, dans le respect des règles prévues par le code de la mutualité, et en application de l'article 12 des statuts de la Mutuelle, les membres participants dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle et qui auraient causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté. En cas de fausse déclaration intentionnelle ou réticence du membre participant, la mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger, le remboursement des prestations indûment perçues. Les cotisations acquittées restent acquises à la mutuelle.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté :

- dans les cas visés à l'article L221-17 du code de la mutualité,

- en cas de décès : les cotisations sont dues jusqu'au jour du décès. Au-delà, les cotisations seront remboursées – sur présentation du bulletin de décès et de la facture des frais d'obsèques acquittée au conjoint ou au concubin survivant ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité. A défaut, au notaire assurant la succession ou à un héritier sur présentation d'une attestation sur l'honneur ;
- en cas d'adhésion à une couverture obligatoire professionnelle.

### **Article 9 : Cessation de garanties**

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

Le membre participant s'oblige à retourner à la mutuelle dans les 8 jours de la résiliation, la carte de tiers payant en cours de validité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

L'interruption de la garantie s'apprécie par rapport à la date de réalisation des actes. Cette date doit être antérieure à la date de radiation. Il ne sera pas tenu compte des dates de prescription ni des dates d'accord du contrôle médical.

## **CHAPITRE II COTISATIONS**

---

### **Article 10 : Détermination**

Les cotisations sont déterminées annuellement par l'assemblée générale en tenant compte du contenu de la convention de substitution conclue avec **Harmonie Mutuelle** et conformément aux dispositions de l'article L. 112-1 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L.114-11 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer ses pouvoirs pour fixer les cotisations en tout ou partie au conseil d'administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement.

La cotisation de référence est l'addition de :

- La cotisation « technique » qui sert à la couverture des frais de santé. Elle est déterminée de façon à couvrir les dépenses prévisionnelles, calculées à l'aide de méthode actuarielle, sur la base de l'observation des prestations versées au titre de la garantie souscrite au cours des derniers exercices connus, pour l'ensemble des adhérents au contrat.
- La cotisation « FAM (Fonds d'aide aux Mutualistes) » qui alimente le fonds social.
- La cotisation de « gestion », qui permet de couvrir les frais administratifs.
- La taxe, qui alimente le Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire.
- La taxe sur les conventions d'assurances TCAS.



- Les cotisations devant être reversées à des organismes supérieurs.

La cotisation de référence est modulée selon les critères définis à l'article L.112-1 du code de la mutualité.

- Age des membres,
- Régime de sécurité sociale,
- Nombre d'ayant droit,

### **Article 11 : Paiement**

Le membre participant s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble de ses ayants droits désignés au bulletin d'adhésion.

Les cotisations sont annuelles et dues pour l'année civile.

Elles peuvent être fractionnées au mois, trimestre, semestre. Elles doivent être réglées à l'échéance mentionnée sur l'avis d'appel de cotisation.

Les cotisations peuvent être payées en tout ou en partie par les Amicales qui ont préalablement reçu un avis d'échéance adressé par la MSP(32). Le montant versé par les Amicales est ajusté en fonction des adhésions et résiliations opérées.

Pour les nouveaux adhérents, les cotisations seront encaissées à partir du 1<sup>er</sup> jour du mois de leur affiliation.

Pour les nouveau-nés les deux premiers mois sont exonérés de cotisations (mois de naissance compris).

En cas de décès de l'adhérent, les cotisations ne sont plus dues à compter de la date de survenance du décès.

### **Article 12 : Retard de paiement**

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- De supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

#### **12. 1 – En cas de précompte de la cotisation par une Amicale**

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La garantie suspendue reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise

en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrements.

10 jours après l'expiration du délai de 30 jours, la mutuelle peut résilier la garantie. Le membre participant est informé de cette faculté dans la lettre de mise en demeure.

#### 12. 2 - En l'absence de précompte de la cotisation par une Amicale

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'Amicale de payer la cotisation.

La garantie suspendue reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

L'amicale est informée, dans la lettre de mise en demeure, des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévue à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'Amicale est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties, sauf s'il entreprend de se substituer à l'Amicale pour le paiement des cotisations.

10 jours après l'expiration du délai de 30 jours, la mutuelle peut résilier la garantie. Le membre participant est informé de cette faculté dans la lettre de mise en demeure.

### **Article 13 : Révision**

Conformément à l'article L. 114-8 dernier alinéas du code de la mutualité, la mutuelle prend, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

En cas de modifications par voie législative ou réglementaire des taux de prise en charge des régimes obligatoires, le conseil d'administration pourra décider d'une modification des prestations et cotisations applicables immédiatement, sous réserve de ratification par la plus proche assemblée générale.

Il pourra en être de même en cas de risque imminent de déséquilibre grave dans la situation financière du service résultant d'une augmentation non prévisible du coût du risque.

### **Article 14 : Exonération de paiement**

Sont exonérés de cotisation les enfants à partir du 2<sup>ème</sup> inclus, jusqu'à l'âge de 25 ans et jusqu'à l'âge de 28 ans sur justification d'une situation particulière (étudiants, chômeurs en recherche d'un premier emploi, bénéficiaires d'un contrat de travail particulier favorisant l'insertion et avec des revenus inférieurs à 70 % du SMIC, handicapé)

### **Article 15 : Cotisations particulières**

Une cotisation unique pour les enfants jusqu'à 25 ans (inclus) est appliquée. Cette cotisation unique sera appliquée au-delà de 25 ans, et jusqu'au 31 décembre de l'année des 28 ans pour les :

- Étudiants sur présentation d'une carte de l'année scolaire ou universitaire en cours,
- Enfants à la recherche d'un premier emploi sur présentation d'une attestation délivrée par Pôle Emploi bénéficiaires d'un contrat de travail de type particulier favorisant l'insertion professionnelle et ayant des revenus inférieurs à 70 % du SMIC,
- Enfants handicapés sur présentation d'une attestation d'allocation adulte handicapée ou d'un justificatif de classification en catégorie 2 ou 3, invalidité de la Sécurité Sociale.

## TITRE II : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE III : PRESTATIONS

#### SECTION 1 : DISPOSITIONS GENERALES

##### Article 16 : Définition des prestations

Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi **les remboursements ou indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.**

La mutuelle accorde aux membres participants les prestations de santé définies dans le descriptif (**annexe 2**).

Les limites, crédits et plafonds des prestations accordées par la mutuelle sont calculés sur l'année civile sauf expression différente dans la grille de garantie.

La notion de régime obligatoire et de régime d'affiliation de sécurité sociale, s'entendent des régimes français exclusivement.

Cette participation est calculée par différence entre le tarif de responsabilité et la participation ou la base de remboursement (CCAM) du régime d'affiliation de sécurité sociale, sans que le total des prestations versées ne puisse excéder les frais réels engagés.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité des régimes obligatoires 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.

Cette participation peut-être également :

- calculée en pourcentage du tarif de responsabilité ou de la base de remboursement (si CCAM) du régime de sécurité sociale d'affiliation ;

- exprimée en forfait, c'est-à-dire, hors participation du régime de sécurité sociale d'affiliation ; - définie selon les modalités décrites dans le descriptif de garantie.

Conformément à l'Article L.114-11 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer ses pouvoirs pour déterminer les montants ou taux de prestations au Conseil d'Administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement.

### **Article 17 : Libre choix**

Les membres participants ont libre choix du praticien, du fournisseur ou de l'établissement de soins.

### **Article 18 : Déchéance**

**Quelle que soit la garantie choisie par les membres, les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, pour être redevable, être produites dans un délai de deux ans à compter de la date de réalisation définitive de l'acte ou des dépenses consécutives à la maladie.**

### **Article 19 : Prescription**

**Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit 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, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ; en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

**Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.**

**La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.**

**Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites, au plus tard, trente ans à compter du décès du membre participant.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

**L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et télécommunications électroniques.**

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :**

**-une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,**

- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

### **Article 20 : Règlement de prestations**

Pour bénéficier des prestations et services de la mutuelle, les membres participants doivent fournir tous les documents exigés par celle-ci et se soumettre à tout contrôle administratif qu'elle estimerait utile.

Lorsque les décomptes du régime obligatoire ne font pas mention de l'envoi de l'information du remboursement vers la mutuelle et ceux concernant l'optique, les prothèses dentaires et l'orthodontie, le Membre participant doit envoyer l'original du décompte à la mutuelle pour être remboursé.

**Le non-respect de cette formalité risque d'entraîner des difficultés dans le remboursement des prestations intéressant les personnes non inscrites ou radiées.**

**Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à 10 jours lorsque les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).**

**Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.**

**Situation de famille : Il est obligatoire de faire connaître immédiatement au secrétariat de la mutuelle les diverses modifications intervenant dans la famille au cours de l'année (mariage, vie commune, séparation, naissance, décès).**

### **Article 21 : Prestations exclues**

**La mutuelle ne prend pas en charge quelle que soit la garantie choisie sauf pour les prestations relevant des dispositions dites « contrat responsable » définies dans l'article R.872-2 du Code de la Sécurité Sociale, les actes médicaux et dépenses consécutives à :**

- un accident en service commandé (SDIS)
- le forfait journalier dans les établissements spécialisés à caractère non médical,
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;

**Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :**

- Les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

### Article 22 : Fausses déclarations

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 23 : Suspension du bénéfice des prestations

Les membres participants qui en font la demande auprès du conseil d'administration et sous réserve de l'acceptation de cette dernière ne bénéficient pas des prestations du présent règlement pendant une durée limitée à 12 mois (difficulté financières, situation ponctuelle rendant la garantie sans objet, militaires...)

### Article 24 : Subrogation

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent règlement. Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite des descriptifs de la garantie et dans le respect des obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

Parallèlement, l'adhésion à la mutuelle entraîne –ipso facto- délégation du membre participant au profit **d'Harmonie Mutuelle** dans le cadre de la convention de substitution permettant à cette dernière de percevoir en ses lieux et place, les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et les autres organismes de Prévoyance dont la mutuelle a fait l'avance.





## **Article 25 : Affiliations multiples**

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix

## **SECTION 2 : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE**

### **Article 26 : Prestations en inclusion**

Le membre participant et ses ayants droit bénéficient également de la garantie d'assistance

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, Union Technique d'Assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex) au profit de l'ensemble des membres participants et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé .

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise à l'adhérent.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

### **Article 27 : Contrat solidaire et responsable**

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires. À ce titre :

- Aucune information d'ordre médical sur l'adhérent ou ses ayants droit ne peut être recueillie à l'adhésion.
- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.

Par ailleurs, les garanties sont responsables et ainsi elles :

- Respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable.
- Permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

## **SECTION 3 : ACTION SOCIALE (modalités cf. annexe 3)**

### **Article 28 :**

#### **DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE**

Demande d'aide financière exceptionnelle intitulées « Fonds de solidarité » peuvent être accordées par le conseil d'administration, ou par la commission d'action sociale du conseil d'administration ou par la personne déléguée à cet effet par le conseil d'administration de la mutuelle, aux membres participants et à leur famille pour des besoins urgents et notamment dans des situations difficiles liées à des dépenses de santé onéreuses.

Les modalités de fonctionnement du fonds de solidarité sont fixées en conseil d'administration.

## CHAPITRE IV : INFORMATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

---

### **Article 29 : Information des membres participants**

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement et par le tableau de la garantie choisie. L'adhérent reçoit de la part de la Mutuelle ou de l'Amicale préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents

### **Article 30 : Effet des décisions prises par l'assemblée générale**

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale de la mutuelle s'imposent à l'ensemble des membres.

### **Article 31 : Information relatives aux modifications des statuts et règlement**

Toute modification des statuts, règlement et garanties définies au bulletin d'adhésion décidée par l'assemblée générale de la mutuelle doit être portée à la connaissance de ses membres.

## TITRE III : DISPOSITIONS DIVERSES

### **Article 32 : Echanges de données informatisées**

La gestion des prestations est directement assurée par Harmonie Mutuelle qui a reçu une délégation de gestion de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du Gers. Aussi, les assurés qui sont référencés dans les fichiers de l'assurance maladie bénéficient-ils des traitements d'échanges informatisés entre Harmonie Mutuelle et leur régime de base dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.

L'assuré a la possibilité de renoncer à ce service en exprimant son refus au moyen d'une simple lettre adressée à Harmonie Mutuelle qui s'engage à communiquer à la caisse d'affiliation de l'assuré cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

### **Article 33 : Protection des données à caractère personnel**

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants-droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont

les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts. La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
  - son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle,
  - le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
  - le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
  - dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
  - toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.
- Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique). Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel. gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la mutuelle par courrier postal adressé à La Mutuelle MSP 32 Service DPO – Résidence Sainte BARBE 59 route de PESSAN 32 000 AUCH ou par mail à l'adresse : [mSP32@wanadoo.fr](mailto:mSP32@wanadoo.fr) en précisant à l'attention du responsable DPO de la mutuelle. **Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.**

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

### **Article 34 : Réclamation - Médiation**

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle

**Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la Mutuelle gestionnaire (<https://www.harmonie-mutuelle.fr>) ou sur l'application « Harmonie&Moi » ; ou en envoyant un courrier postal à l'adresse de contact figurant sur sa carte mutualiste.**

**La Mutuelle gestionnaire en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai).**

**En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.**

**Le bénéficiaire peut saisir le Médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la mutuelle :**

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF  
255 rue de Vaugirard  
75719 PARIS cedex 15

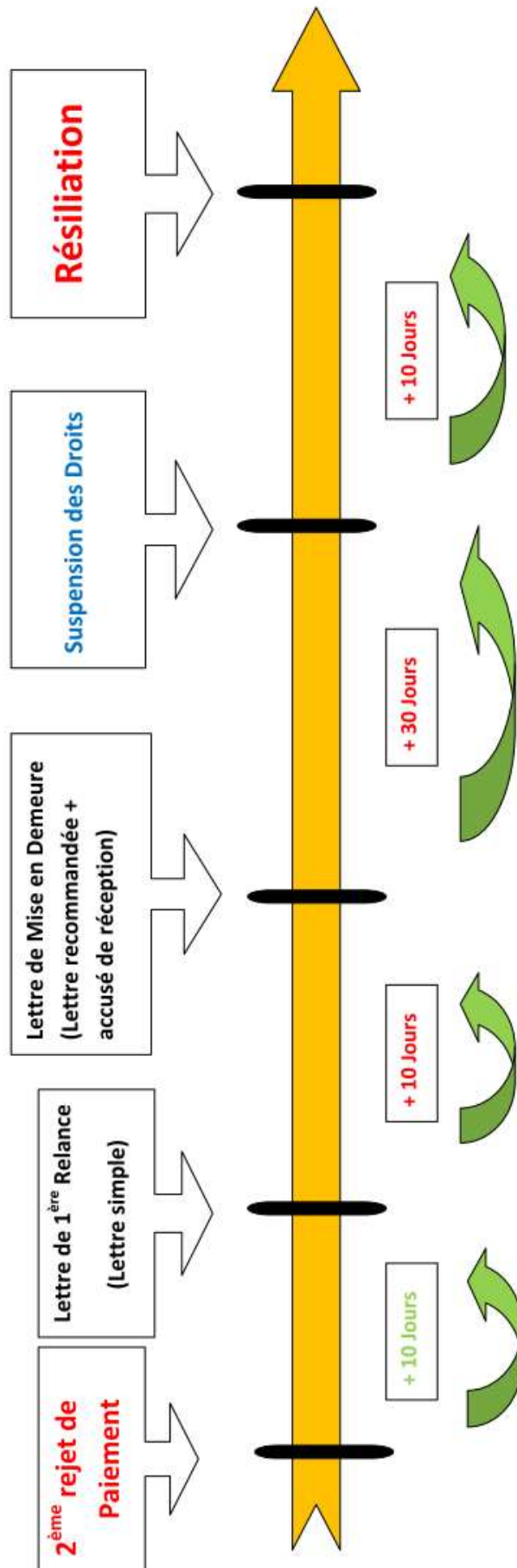
- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

### **Article 35 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**

Conformément au Code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution (ACPR), située 4 place de Budapest – 75 436 PARIS CEDEX 9.

# ANNEXE 1

PROCÉDURE DE RÉSILIATION D'UN ADHÉRENT MSP 32 POUR NON PAIEMENT DE COTISATION



MSP 32 Mutuelle régie par le Livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro Siren 326 313 764 " dont le LEI - Identifiant d'Entité Juridique est le n° 969500RMQD01FUSGUR04 et dont le siège social se situe :  
Résidence Sainte-Barbe 59 Route de Pessan - 32000 AUCH Tél. : 05 62 63 30 33 -  
Courriel : [msp32@wanadoo.fr](mailto:msp32@wanadoo.fr) - [www.msp32.siteweb.com](http://www.msp32.siteweb.com)


SECRETARIAT : Lundi : 9 h/12h30 13h30/17h  
PERMANENCE TELEPHONIQUE LE LUNDI

Mutuelle substituée par Harmonie Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro Siren n° 538 518 473, et dont le LEI (identifiant international d'entité juridique) est le 969500JLUSZH89G4TD57 dont le siège se situe  
143 Rue Blomet 75015 PARIS.



# ANNEXE 2

MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DU GERS

 <b>Prestations Régime général au 1er janvier 2023</b>	Remboursement Régime Obligatoire	Participation MSP du GERS		Remboursement Total Y compris Régime Obligatoire
		Au titre du Ticket Modérateur	Au titre des dépassements et forfaits	
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>				
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	-	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers	65%	35%	-	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (2)	-	-	60 €/nuit	60 €/nuit
Chambre particulière en ambulatoire (3)	-	-	15€/jour	15€/jour
Frais d'accompagnement (4)	-	-	31€/jour	31€/jour
Indemnité hospitalière hors maternité(5)	-	-	8€/jour	8€/jour
<p>(1) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</li> <li>- ateliers thérapeutiques,</li> <li>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</li> <li>- centres de rééducation professionnelle</li> <li>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</li> </ul> <p>Convalescence et établissements spécialisés: 90 jours/année civile</p> <p>(2) Chirurgie, obstétrique : durée illimitée. Médecine, convalescence et établissements spécialisés : 60 jours/année civile. Psychiatrie : 45jours/année civile. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(3) Dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée, Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(4) Cette prestation est attribuée à l'adhérent concerné, quel que soit l'accompagnant. Prise en charge limitée à 10 jours par année civile et par bénéficiaire et si actes cotés ADC &gt; ou = 100 €</p> <p>(5) Prise en charge limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire de moins de 65 ans ayant 3 ans d'ancienneté et si acte coté ADC &gt; ou = à 200 €.</p>				
<b>Hospitalisation médicale</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20% ou 0%	35 %	135%
- Autres praticiens	80% ou 100%	20% ou 0%	15 %	115%
<b>Hospitalisation Chirurgicale</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20% ou 0%	85 %	185%
- Autres praticiens	80% ou 100%	20% ou 0%	65 %	165%
<b>Maternité</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100%	-	35 %	135%
- Autres praticiens	100%	-	15 %	115%
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	-	60€/nuit	60€/nuit
<b>Soins courants - Honoraires médicaux et paramédicaux</b>				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	60%	160%
- Autres praticiens	70%	30%	40%	140%
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60%	40%	-	100%
Actes de sage-femme	70%	30%	-	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers	65%	35%	-	100%
<b>Soins courants - Médicaments</b>				
Médicaments à SMR important	65%	35%	-	100%
Médicaments à SMR modéré	30%	70%	-	100%
Médicaments à SMR faible	15%	85%	-	100%
Vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire (6)(7)	-	-	60€ /an	60€/an
Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire (6) (7)	-	-	150 € /an	150 €/an
<p>(6) Sur présentation de la prescription médicale (7) Prise en charge des médicaments ou vaccins prescrits et non remboursés</p>				
<b>Soins courants - Analyses et examens de Laboratoire</b>				
Actes médicaux techniques				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	35 %	135 %
- Autres praticiens	70%	30%	15 %	115%
Actes d'imagerie et d'échographie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	-	100%
- Autres praticiens	70%	30%	-	100%
Examens de laboratoires	60%	40%	-	100%
<b>Soins courants – Matériel Médical</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60%	40%	-	100%
Supplément forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	-	-	100€/an	100€/an
Supplément annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer	-	-	600€/an	600€/an
Supplément forfait achat véhicule pour personne handicapée physique	-	-	100€/an	100€/an

**MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DU GERS**

<b>Aides auditives (8)</b>				
Equipement 100 % Santé				<b>100% Santé</b>
Equipement à tarif libre	60%	40%	-	<b>100%</b>
Forfait supplémentaire	-	-	600€/appareil	<b>600€/appareil</b>
Piles	60%	40%		<b>100 %</b>
<small>(8) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures. Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limités de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</small>				
<b>Cure thermale</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65% ou 70%	35%	-	<b>100%</b>
<b>Optique – (9)</b>				
Equipement 100 % Santé				<b>100 % Santé</b>
- Monture	60%	-	100 % Santé	<b>100 % Santé</b>
- Verres	60%	-	100 % Santé	<b>100 % Santé</b>
Equipement à tarif libre				
- Monture			90 €	<b>60%+90 €</b>
- Verres : verre simple	60%	-	60€/verre	<b>60% +60€/verre</b>
verre complexe	60%	-	140€/verre	<b>60% + 140€/verre</b>
verre très complexe	60%	-	200€/verre	<b>60%+ 200€/verre</b>
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 % 40 % 100 %			
Verres avec filtre	60%	40	100 %	<b>100 %</b>
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres 40 % 100 % iséiconiques)	60%	%	100 %	<b>100 %</b>
		40%	100 %	<b>100 %</b>
		40%		
Lentilles de vues acceptées par le Régime Obligatoire	60%		165€/an	<b>100%+165€/an</b>
Lentilles refusées par le régime obligatoire		40%	100€/an	<b>100€/an</b>
Opérations de chirurgie réfractive cornéenne et implants oculaires			600€/œil/an	<b>600€/œil/an</b>
<small>(9) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</small>				
<b>Dentaire –</b>				
Soins	70%	30%	-	<b>100%</b>
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10)				<b>100% Santé</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10)				
- Prothèses fixes				
- Inlay-Core	70%	30%	300%	<b>400%</b>
- Prothèses transitoires	70%	30%	300%	<b>400%</b>
- Inlay onlay	70%	30%	300%	<b>400%</b>
- Prothèses amovibles	70%	30%	300%	<b>400%</b>
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes				
- Inlay-core	70%	30%	300%	<b>400%</b>
- Prothèses transitoires	70%	30%	300%	<b>400%</b>
- Inlay onlay	70%	30%	300%	<b>400%</b>
- Prothèses amovibles	70%	30%	300%	<b>400%</b>
- Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30% ou 0%	250%	<b>350%</b>
- Prothèses non remboursables par le régime obligatoire, implantologie, parodontologie (11)	-	-	300 €/an	<b>300 €/an</b>
<small>(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (11) Non pris en charge par le régime obligatoire sur présentation de la facture acquittée</small>				
<b>Médecine complémentaire</b>				
Ostéopathe, chiropracteur, naturopathe, étiope, acupuncteur, psychologue, podologue, pédicure, homéopathe, sophrologue, diététicien et nutritionniste, psychomotricien, hypnose médicale.	-	-	Forfait annuel de 150 €/an	<b>Forfait annuel de 150€/an</b>
<small>(12) Remboursement sur réception de la facture acquittée mentionnant le diplôme de la fédération dont dépend le praticien. Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le N° FINISS et/ou le N° ADELI et/ou le N° RPPS du professionnel concerné.</small>				
<b>Prévention</b>				
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 aout 2004	60% à 70%	40% à 30%	-	<b>100%</b>
<b>Assistance</b>				
Information médicale, sociale, assistance de tous les jours Prestations assurées par Ressources Mutuelles Assistance.			OUI	<b>OUI</b>
<b>Indemnité naissance</b>				
Forfait versé lors de l'inscription du nouveau-né ou adopté dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption			400 €	<b>400 €</b>

\* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE  
- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire). - Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008) et déduction des franchises médicales. (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007). - La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle. - Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale. PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale professionnelle 2023: 3666 €





# ANNEXE 3



**MODALITÉS DE LA  
COMMISSION SOCIALE DE LA  
MUTUELLE DES SAPEURS-POMPIERS  
DU GERS**



## SOMMAIRE

### **1- Fonctionnement de la Commission d'Action Sociale de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS.**

### **2- Aides exceptionnelles : Conditions d'attributions des aides**



# 1 – Fonctionnement de la Commission d'Action Sociale de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS

## ➤ Rôle :

- Examine les demandes d'Actions Sociales dans le cadre des dispositions définies.
- **Les aides :**
  - ✓ Seules peuvent être attribuées des aides concernant, les décès et les situations de précarité exceptionnelles liées à des dépenses de santé onéreuses.
  - ✓ la Commission examine le dossier, et détermine le montant de l'aide qu'elle attribue (aucune aide ; aide partielle ; aide totale)
  - ✓ l'aide est imputée sur le budget d'action sociale de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS.

## ➤ Composition :

- ✓ Conseil d'administration de la mutuelle.

## ➤ Fonctionnement :

- ✓ Examen des dossiers par le conseil d'administration.
- ✓ Dossier de demande à retirer auprès du secrétariat de la mSp32.
- ✓ **Ces aides facultatives revêtant un caractère social ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'un recours de votre part.**

## 2 – Condition d’attribution d’une aide exceptionnelle. « Fonds de solidarité »

### PROCEDURE DE TRAITEMENT D’UNE AIDE EXCEPTIONNELLE AU TITRE DE L’ACTION SOCIALE DE LA « MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DU GERS »

#### ➤ Introduction :

Une **aide exceptionnelle** d’un montant non garantie peut être versée au titre de l’action sociale dans le cadre d’une enveloppe budgétaire définie annuellement par le Conseil d’Administration.

*Selon l’article 28 du règlement Mutualiste de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du Gers :*

« Des aides exceptionnelles, intitulées « fonds de solidarité », peuvent être accordées par le conseil d’administration, ou par la commission d’action sociale du conseil d’administration ou par la personne déléguée à cet effet par le conseil d’administration de la mutuelle, aux adhérents pour des besoins urgents et notamment dans des situations de précarités difficiles liées aux dépenses de santé onéreuses. Les modalités de fonctionnement du fonds de solidarité sont fixées en conseil d’administration de la Mutuelle. »

#### Conditions à remplir :

- ✓ Etre à jour du paiement des cotisations.
- ✓ Etre éligible aux conditions du formulaire « Fonds social de la mSp32 ».



# FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

## Fonds social Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS

### ➔ Adhérent

Numéro Adhérent : .....

Mme  M. NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Célibataire  Marié(e) ou Concubinage ou Pacsé(e)  Divorcé(e) ou Séparé(e)  Veuf (ve)

Contrat :  Individuel  Collectif Garantie : .....

Si le dossier n'est pas complété par l'adhérent, nom – coordonnées :

.....

.....

.....

### ➔ Composition familiale

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle

### ➔ Objet de la demande

Demande d'aide pour une dépense de santé :

Nature de la dépense : .....

Bénéficiaire concerné : .....

Montant de la dépense : .....

Autres organismes sollicités : .....

Autres aides obtenues : .....



➔ Budget mensuel du foyer

Ressources mensuelles	Adhérent	Conjoint	Autre personne vivant au foyer
Salaires			
Indemnités journalières, pension d'invalidité, rentes			
Allocation chômage			
Retraites principale et complémentaire			
RSA (Revenu de Solidarité Active)			
Allocation Adulte Handicapé			
Prestations familiales			
Allocation logement			
Pension alimentaire			
Revenus fonciers et revenus capitaux			
Autres (allocation tierce personne...)			
<b>TOTAL</b>			

Charges mensuelles	Adhérent	Conjoint	Autre personne vivant au foyer
Loyer ou accession à la propriété			
Energie			
Impôts sur le revenu			
Taxe d'Habitation et Foncière			
Pensions alimentaires			
Cotisations mutuelle			
<b>TOTAL</b>			

Si un dossier de surendettement a été déposé à la Banque de France, cochez cette case :

En parallèle, avez-vous déjà sollicité une :

Demande de CMU (Couverture Maladie Universelle) en cours : oui  non

Demande d'ACS (aide à la complémentaire santé) : oui  non

Si oui à quelle date :

## ➔ Précisez les motifs de la demande

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je soussigné atteste sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements. Je joins à la présente demande les justificatifs nécessaires à l'étude du dossier.

Fait à : .....

Signature

Le : .....

## Liste des documents à joindre à l'imprimé

### Pour chaque membre du foyer joindre impérativement:

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu recto et verso
- Photocopies des justificatifs de ressources : 3 derniers bulletins de salaire ou indemnités chômage ou indemnités maladie ou allocation adultes handicapés ; pensions de retraite ou d'invalidité ; allocation tierce personne ; allocations familiales ; allocation logement ; pension alimentaire.
- Photocopies des justificatifs de charges (loyer ou accession, électricité, chauffage, pension alimentaire, taxe d'habitation, taxe foncière, tierce personne)

.....

Pour les demandes d'aides concernant des **prestations** :

- Devis ou factures des frais engagés
- Réponse de l'aide sollicitée auprès du fonds social de votre régime obligatoire

L'ensemble de ces documents est à retourner à :

**Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du GERS**  
**ACTION SOCIALE**  
Résidence Sainte-Barbe  
59 Route de Pessan – 32000 AUCH



**PARTIE A COMPLETER PAR LA MUTUELLE**

N° du dossier :

Nom – Prénom de l'instructeur : .....

Fonction : .....

COMMISSION D'ACTION SOCIALE

Lieu : .....

Date : .....

**➔ Décision de la commission**

Accepté      Montant alloué : .....

Refus

Ajourné