

SOMMAIRE

LEXIQUE 1

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – Objet.....	2
ARTICLE 2 – Modification du règlement mutualiste.....	2
ARTICLE 3 – Adhésion.....	2
ARTICLE 4 – Faculté de renonciation en cas de vente à distance.....	2
ARTICLE 5 – Bénéficiaires des garanties.....	2
Article 5.1 – Définition des bénéficiaires.....	2
Article 5.2 – Personnes résidant à l'étranger.....	3

CHAPITRE II – LES GARANTIES

ARTICLE 6 – Entrée en vigueur des garanties.....	3
ARTICLE 7 – Droit aux prestations.....	3
ARTICLE 8 – Limitation.....	3
ARTICLE 9 – Garanties optionnelles.....	3
ARTICLE 10 – Modification de la garantie.....	3
ARTICLE 11 – Règlement des prestations.....	3
Article 11.1 – Tiers payant.....	4
Article 11.2 – Le relevé de prestations.....	4
Article 11.3 – Soins réalisés ou facturés à l'étranger.....	4
Article 11.4 – Accident.....	4
ARTICLE 12 – Les exclusions.....	4

CHAPITRE III – RÉSILIATION

ARTICLE 13 – La résiliation à l'initiative du membre participant.....	5
Article 13.1 – Résiliation annuelle.....	5
Article 13.2 – Résiliation à titre exceptionnel.....	5
Article 13.3 – Radiation du membre participant et ayant droit.....	5
Article 13.4 – Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit.....	5
ARTICLE 14 – Cessation de la garantie.....	6
ARTICLE 15 – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle... 6	

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 16 – Structure et montant de la cotisation... 6
ARTICLE 17 – Fixation et évolution des cotisations.... 6
ARTICLE 18 – Bénéfice CMU-C..... 6
ARTICLE 19 – Garanties complémentaires..... 6
Article 19.1 – Gratuité de cotisation à partir du 3 ^{ème} enfant..... 6
Article 19.2 – Gratuité nouveau-né et enfant adopté..... 6
Article 19.3 – Garantie "Assistance" et "Service aux personnes"..... 6
ARTICLE 20 – Paiement des cotisations..... 6
ARTICLE 21 – Défaut de paiement des cotisations..... 7

CHAPITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 – Nullité en cas de réticence ou fausse déclaration..... 7
ARTICLE 23 – Médiation..... 7
ARTICLE 24 – Forclusion..... 7
ARTICLE 25 – Prescription..... 7
ARTICLE 26 – Subrogation..... 7
ARTICLE 27 – Contrôle médical et technique..... 8
ARTICLE 28 – Informatique et libertés..... 8
ARTICLE 29 – Fonds d'action sociale..... 8
Article 29.1 – Objet du fonds d'action sociale..... 8
Article 29.2 – Bénéficiaires des aides..... 8
Article 29.3 – Financement du fonds social..... 8
Article 29.4 – Nature des aides..... 8
ARTICLE 30 – Autorité de contrôle..... 8

LEXIQUE

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) : Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Contrat Solidaire : Contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes couvertes.

Contrat Responsable : Contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Membres participants : Il s'agit des personnes adhérentes qui bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Régime obligatoire : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Ticket modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – Objet

Le présent règlement mutualiste santé définit le contenu des engagements de nature générale existant entre d'une part, les membres participants et, d'autre part, la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations dans le cadre d'une adhésion à titre individuel à une garantie de frais de santé.

Il a été adopté par l'Assemblée générale de la Mutuelle en application de l'article L. 114-1 du code de la Mutualité.

Les prestations assurées par la Mutuelle sont regroupées dans des garanties.

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et ses ayants droit tels que définis à l'article 5, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le régime obligatoire.

Les prestations procurées par ces garanties sont précisées dans le tableau descriptif de ces dernières.

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le régime obligatoire d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres, dans le respect des dispositions légales. S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – Modification du règlement mutualiste

L'Assemblée générale adopte les règlements mutualistes ainsi que leurs annexes et peut les modifier. Elle peut modifier les garanties dans les conditions prévues par le code de la Mutualité et les statuts de la Mutuelle. Les membres participants sont informés de ces modifications dans les conditions prévues par le code de la Mutualité. Elles leur sont opposables dès leur notification.

ARTICLE 3 – Adhésion

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement et par le tableau descriptif de la garantie choisie.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la

réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le membre participant bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle dans un délai de trois (3) mois à compter de la survenance de l'événement.

L'adhésion au présent règlement est annuelle à tacite reconduction. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues au chapitre III du présent règlement.

ARTICLE 4 – Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du code de la Mutualité. Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse complète du membre participant :

.....
déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé n°..... et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À le/...../.....

Signature du membre participant.

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente jours (30), la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 5 – Bénéficiaires des garanties

5.1 – Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- Le membre participant
- Les ayants droit du membre participant

Les ayants droit du membre participant sont les personnes définies ci-après :

- A - les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité ;
- B - les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement ;
- C - les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement ;
- D - toute personne prise en charge par la couverture du régime obligatoire du membre participant ou par celle des personnes définies au A.

Article 5.2 – Personnes résidant à l'étranger

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les TOM ne peuvent pas adhérer à la Mutuelle s'ils ne sont pas couverts par le régime obligatoire, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des Français à l'étranger conformément aux dispositions de l'article L. 762-1 du code de la Sécurité sociale.

CHAPITRE II LES GARANTIES

ARTICLE 6 – Entrée en vigueur des garanties

Le membre participant et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

ARTICLE 7 – Droit aux prestations

Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

ARTICLE 8 – Limitation

Les remboursements ou les indemnisations 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 toutes natures auxquels ils ont droit.

ARTICLE 9 – Garanties optionnelles

Si la garantie le prévoit, l'adhérent peut choisir de souscrire à des garanties optionnelles "renforts" pouvant être cumulables. Ces renforts optionnels s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires.

Les garanties optionnelles, si elles sont souscrites au moment de l'adhésion, prennent effet en même temps que la garantie de base. Si elles sont souscrites ultérieurement, la prise d'effet des renforts est fixée au 1^{er} janvier suivant.

La souscription postérieure à l'adhésion à la garantie de base donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

ARTICLE 10 – Modification de la garantie

Les modifications de garantie ne peuvent prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Elles doivent alors avoir été demandées par lettre recommandée au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent. Elles s'appliquent à tous les bénéficiaires de la garantie souscrite par le membre participant.

Toutefois, le changement peut intervenir en cours d'année sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'une modification ou d'une adaptation des garanties liée :

- à un changement de régime obligatoire,
- à des prestations légales perçues (par exemple : bénéfice ou perte de la Couverture Maladie Universelle complémentaire [CMU-C],
- à la situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, ayants droit n'étant plus à charge, décès),
- à la rupture du contrat de travail du membre participant.

Il peut également être accepté, à titre dérogatoire, un changement de garantie en cours d'année demandé dans le cadre d'un dossier instruit par le fonds d'action sociale.

La modification doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'événement, accompagnée d'un justificatif du changement de situation. Elle prend effet le premier jour du mois qui suit la demande.

La modification de garanties donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

ARTICLE 11 – Règlement des prestations

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire.

Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements réalisés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Grâce aux accords passés avec la caisse de régime obligatoire (CPAM, MSA, RSI...), celle-ci crédite le compte bancaire ou de caisse d'épargne du membre participant de son remboursement. La part complémentaire est remboursée directement au membre participant par virement ou par lettre chèque, à réception du décompte (A) ou de la télétransmission (B) et des factures des professionnels de santé.

A - Décompte : la caisse de régime obligatoire transmet au membre participant son décompte qu'il doit envoyer à la Mutuelle aux fins de remboursement.

B - Télétransmission (Noémie) : la caisse de régime obligatoire informe la Mutuelle du remboursement qu'elle vient de verser au membre participant et le signale à ce dernier par une mention portée sur le décompte.

Article 11.1 – Tiers payant

Le membre participant peut bénéficier du tiers payant. Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...), en fonction des accords passés avec la Mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de mutuelle. Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle.

Article 11.2 – Le relevé de prestations

La Mutuelle informe le membre participant des montants qui lui sont remboursés par l'envoi d'un relevé de prestations. Les informations sont regroupées et portent sur une période de trois (3) mois à partir du jour où la première prestation est réglée au membre participant. Le membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site Internet de la Mutuelle ou sur l'application mobile de la Mutuelle.

Toute couverture de risques similaires à ceux garantis par le contrat du membre participant, souscrite auprès de quelque organisme que ce soit, devra obligatoirement être déclarée à la Mutuelle, à quelque moment qu'elle survienne.

Article 11.3 – Soins réalisés ou facturés à l'étranger

Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime français de Sécurité sociale au titre des "soins à l'étranger".

La Mutuelle peut intervenir également en complément d'un régime étranger de Sécurité sociale, soit dans le cadre de l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie, soit dans le cadre de conventions établies entre la France et les pays membres de l'Union Européenne (UE) ou hors UE.

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (actes, achats de produits à l'étranger ou par Internet,...) qui ont pour unique objet la mise en application de forfaits non soumis à prise en charge du régime obligatoire (forfait lentilles refusées, forfait analyses refusées, forfait dentaire non remboursé,...).

Article 11.4 – Accident

La Mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 12 consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun ou du travail.

À cet effet, le membre participant doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coord-

onnées de sa compagnie d'assurances, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

Le membre participant couvert pour le même risque, par une autre mutuelle, une compagnie d'assurances ou un autre organisme de prévoyance doit en informer la Mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que le membre participant puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions.

La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze (15) jours après l'envoi de cette lettre.

Le membre participant doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'un organisme d'assurance.

ARTICLE 12 – Les exclusions

Conformément aux règles des "contrats responsables" fixées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du code de la Sécurité sociale,
- la majoration du Ticket Modérateur prévue par l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant (exclusion totale ou partielle),
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours de soins coordonné et hors protocole de soins (exclusion totale ou partielle).

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les remboursements d'actes, soins, hospitalisations, traitements, opérations ou autres découlant d'un événement caractérisant un cas de force majeure. Constitue un cas de force majeure tout événement imprévisible et ir-

résistible, cela comprend notamment : les faits de guerre civile ou étrangère, d'attentats, d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, d'interventions dans le cadre d'opérations internationales ; les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux de l'atome ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

Les exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour que le contrat soit responsable.

CHAPITRE III – RÉSILIATION

ARTICLE 13 – La résiliation à l'initiative du membre participant

Article 13.1 – Résiliation annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du code de la Mutualité, la résiliation annuelle est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le code de la Mutualité ou le présent règlement. Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) 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.

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

Article 13.2 – Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, si la garantie souscrite en prévoit.

Par ailleurs, en application de l'article L. 221-17 du code de la Mutualité, il peut être mis fin, par chacune des parties, à l'adhésion dans les trois (3) mois suivant la date de survenance de l'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande. Le membre participant doit demander cette résiliation par lettre recommandée, en indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et communiquer à la Mutuelle les justificatifs de la nouvelle situation. La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Les certificats de radiation sont délivrés par la Mutuelle dans un délai maximum de deux (2) mois à partir de la date de survenance de l'événement aux membres participants à jour de leur cotisation qui ont manifesté le désir de quitter la Mutuelle dans le respect des règles prescrites.

Pour les résiliations admises en cours d'année par les statuts et le présent règlement, le certificat de radiation est délivré dans les mêmes délais.

La résiliation en cours d'année est soumise à la restitution de la ou des cartes de mutuelle.

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur selon les modalités prévues à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale, impose son affiliation obligatoire à un autre organisme.

Dans ce cas, la démission du membre participant sera enregistrée et deviendra effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

Cette résiliation entraînera la radiation des bénéficiaires.

Article 13.3 – Radiation du membre participant et ayant droit

Conformément aux statuts de la Mutuelle, peut être exclu de la Mutuelle le membre participant dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ou qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

L'exclusion entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la date d'exclusion. En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la Mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

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

En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet au premier jour suivant le décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

En cas de décès du membre participant, l'ayant droit peut être inscrit comme membre participant, et bénéficier des mêmes garanties sans délai de stage, sous réserve d'en faire la demande dans les (3) mois suivant le décès. Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion.

Article 13.4 – Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas suivants :

- perte du bénéficiaire du régime obligatoire de l'ayant droit ;
- ayant droit bénéficiaire d'une ouverture de droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;
- adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire ;
- séparation entre l'ayant droit conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité et le membre participant (fournir une attestation sur l'honneur) ;
- divorce entre le conjoint ayant droit et le membre participant, ou lancement d'une procédure devant conduire au divorce, (fournir une copie du livret de famille ou une attestation du greffe du tribunal) ou rupture du pacte civil de solidarité (fournir une attestation du greffe du tribunal ou attestation émanant d'un notaire) ;
- départ d'enfant majeur du foyer ;
- Peine privative de liberté.

Les personnes demandant la résiliation de leur couverture doivent communiquer les pièces justifiant leur situation, et faire la demande par lettre recommandée. La carte de mutuelle mentionnant le nom du ou des ayants droit doit être restituée ; une autre carte sera alors établie pour les ayants droit restant couverts. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la demande. Elle ouvre droit au remboursement du prorata de cotisation réglé d'avance.

ARTICLE 14 – Cessation de la garantie

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent, n'est prise en charge par la Mutuelle.

ARTICLE 15 – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions fixées par l'article 21 du présent règlement.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 16 – Structure et montant de la cotisation

Le montant de la cotisation est déterminé pour chaque bénéficiaire de la garantie.

Le montant peut varier :

- en fonction du régime obligatoire des bénéficiaires,
 - du lieu de résidence des bénéficiaires,
 - de la composition familiale et de l'âge des membres,
 - de la durée d'appartenance des bénéficiaires à la Mutuelle.
- La variation du montant de la cotisation due à l'âge des membres est faite annuellement au 1^{er} janvier.

L'âge est calculé par différence de millésime.

La cotisation peut éventuellement être majorée, dans les limites et plafonds fixés par l'Assemblée générale de la Mutuelle, notamment de frais de gestion et/ou de télétransmission, ainsi que des taxes et contributions auxquelles doit se soumettre la Mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis, l'adhésion prend effet dans les conditions prévues à l'article 3.

ARTICLE 17 – Fixation et évolution des cotisations

Le montant des cotisations est annuel.

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du code de la Mutualité.

Le montant des cotisations est révisé chaque année en fonction de l'âge, du taux d'augmentation général fixé par le Conseil d'administration qui s'appuie notamment sur l'évolution des remboursements des régimes obligatoires, de l'évolution de la législation ou de la réglementation.

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

ARTICLE 18 – Bénéficiaire CMU-C

Les bénéficiaires de la garantie auxquels il est octroyé une prise en charge de leurs cotisations au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), conformément à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale, devront fournir à la Mutuelle le justificatif de leur caisse d'assurance maladie.

ARTICLE 19 – Garanties complémentaires

Article 19.1 – Gratuité de cotisation à partir du 3^{ème} enfant

Si la garantie le prévoit, la gratuité de cotisation concerne le 3^{ème} enfant de moins de vingt-cinq (25) ans, et les suivants, couvert(s) par le contrat du membre participant.

Article 19.2 – Gratuité nouveau-né et enfant adopté

Si la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation de l'enfant pour une durée de douze (12) mois. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant, sous peine de forclusion.

Article 19.3 – Garantie "Assistance" et "Service aux personnes"

Les membres participant et leurs ayants droit bénéficient de prestations "Assistance" et "Service aux personnes" décrites dans l'annexe dédiée à cette garantie "Assistance".

ARTICLE 20 – Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable mensuellement, semestriellement ou trimestriellement. La date, le mode, le terme et la périodicité du paiement des cotisations sont définis au bulletin d'adhésion.

Le versement mensuel de la cotisation est réservé aux membres participants souhaitant effectuer un règlement par prélèvement sur leur compte bancaire.

Hors prélèvements, les cotisations sont exigibles :

- au 1^{er} janvier : pour les règlements annuels,
- au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet pour les règlements semestriels,
- au 1^{er} janvier, au 1^{er} avril, au 1^{er} juillet et au 1^{er} octobre pour les règlements trimestriels.

ARTICLE 21 – Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant.

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

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la Mutuelle exigera le remboursement des prestations versées dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant les prestations indues et les frais de recouvrement et de procédure contentieuse.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 – Nullité en cas de réticence ou fausse déclaration

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 – Médiation

En cas de difficulté née de l'exécution ou de l'application du contrat et pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser directement à la Mutuelle afin d'envisager une résolution du litige destinée à satisfaire les deux parties. En cas de désaccord, le membre participant peut demander l'avis du médiateur désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Le médiateur désigné est impartial. Les modalités de la procédure de médiation sont communiquées au membre participant qui en fait la demande à la Mutuelle.

ARTICLE 24 – Forclusion

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être adressées à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins ou de facture.

Pour la gratuité nouveau-né, ce délai est ramené à trois (3) mois à compter de la naissance ou de l'adoption.

ARTICLE 25 – Prescription

Toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

ARTICLE 26 – Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposé qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

D'autre part, la Mutuelle est subrogée pour la récupération, auprès des organismes obligatoires, des parts légales avancées par elle pour le compte de ses membres participants et de leurs ayants droit par la pratique du tiers payant.

ARTICLE 27 – Contrôle médical et technique

Le contrôle médical est assuré par les médecins consultants de la Mutuelle. Ils peuvent être en même temps conseils pour les caisses de Sécurité sociale. Pour exercer ce contrôle, le médecin consultant s'entendra avec les praticiens et devra s'en tenir aux règles de la déontologie médicale. Les membres participants s'engagent expressément à ne faire aucun obstacle au double contrôle médical et technique

ARTICLE 28 – Informatique et liberté

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut demander à tout moment communication et rectification des informations le concernant figurant sur les fichiers à l'usage de la Mutuelle, en s'adressant au siège de la Mutuelle.

Pour la réalisation de l'objet défini à l'article 1, la Mutuelle peut mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier, directement ou par recoupement, ses adhérents actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français.

Ce traitement a été préalablement déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et répond aux caractéristiques ci-dessous :

A - Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des adhérents potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des primes ou cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apériteur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.

B - L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des ad-

hésions et des prestations, ainsi qu'aux adhérents ou bénéficiaires des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

C - Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat, ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle.

D - La Mutuelle informera les adhérents lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

Il est rappelé que l'adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au siège de la Mutuelle. Le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à deux mois, conformément à l'article 94 du décret du 20 octobre 2005. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

ARTICLE 29 – Fonds d'action sociale

Article 29.1 – Objet du fonds d'action sociale

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

Article 29.2 – Bénéficiaires des aides

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

Article 29.3 – Financement du fonds social

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement par l'Assemblée générale.

Article 29.4 – Nature des aides

Les actions sociales concernent les domaines suivants :

- les aides aux prestations sanitaires et sociales : Soins ambulatoires (dentaire, optique, prothèses auditives, frais d'appareillage, hors nomenclature), hospitalisation (forfait journalier, dépassements chirurgicaux, chambre particulière), social (frais de transport, travaux d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, séances d'ergothérapie, matériel spécifique, aide à domicile, frais d'accompagnement, frais d'hébergement), divers (frais d'obsèques, autres) ;
- les aides exceptionnelles répondant à des situations particulièrement graves vécues par les adhérents.

ARTICLE 30 – Autorité de contrôle

Conformément au code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.