

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Ex - Mutuelle Ciotat Nord Méditerranée (C.N.M)

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 3 décembre 2024

Table des matières

PREAMBULE	4
TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE	4
ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE	4
ARTICLE 2 - MODALITES D'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES	4
ARTICLE 3 - DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE.....	4
ARTICLE 4 - MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT	5
ARTICLE 4.1 - CHANGEMENT DE GARANTIE	5
ARTICLE 4.2 - CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE	5
ARTICLE 5 - MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	5
ARTICLE 6 - MODALITES DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION DU CONTRAT MUTUALISTE	6
ARTICLE 6.1 - DÉMISSION	6
ARTICLE 6.2 - RADIATION	6
ARTICLE 6.3 - EXCLUSION	7
ARTICLE 6.4 - CONSEQUENCES	7
TITRE II – COTISATIONS	8
ARTICLE 7 - MONTANT DES COTISATIONS	8
ARTICLE 8 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS	8
ARTICLE 9 - DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION	8
ARTICLE 10 - FRAIS D'IMPAYÉS.....	8
TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS	8
ARTICLE 11 - PRESTATIONS	8
ARTICLE 12 - ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS	10
ARTICLE 13 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES.....	10
ARTICLE 14 - OUVERTURE DES DROITS	10
ARTICLE 15 - CESSATION DES DROITS	11
ARTICLE 16 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE.....	11
ARTICLE 17 - JUSTIFICATIFS	11
ARTICLE 18 - CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATIONS DES PRESTATIONS.....	11
ARTICLE 19 - CHANGEMENT DE SITUATION DU MEMBRE PARTICIPANT ET DE SES AYANTS DROITS.....	11
ARTICLE 20 - MODIFICATIONS DES GARANTIES CHOISIES.....	11
ARTICLE 21 - PRINCIPE INDEMNITAIRE	11
ARTICLE 22 - SUBROGATION	11
ARTICLE 23 - FORCLUSION	12
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	12
ARTICLE 24 - DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	12
ARTICLE 25 - INFORMATIQUE ET LIBERTES	12
ARTICLE 26 - RECLAMATION ET MEDIATION.....	13
ARTICLE 26.1 - RECLAMATIONS.....	13
ARTICLE 26.2 - MEDIATION	13
TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES.....	13
ARTICLE 27 - GARANTIES NON RÉGIES PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT.....	13
ARTICLE 27.1 - ASSISTANCE	13
ARTICLE 27.2 - GARANTIES DE PREVOYANCE	14

ARTICLE 27.3 - GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES	14
ARTICLE 28 - ALLOCATION DE FIDÉLITÉ.....	14
ARTICLE 29 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	14
ARTICLE 30 – AUTORITE DE CONTROLE	14
ANNEXE 1 : Précisions spécifiques relatives à la couverture des agents territoriaux.....	15
ANNEXE 2 : Garanties frais de santé individuelles	17
ANNEXE 3 : Liste des documents obligatoires à la validation des prestations	18

PREAMBULE

Le présent règlement mutualiste est établi par La Mutuelle Familiale, venant aux droits de la Mutuelle Ciotat Nord Méditerranée, par voie de fusion-absorption.

Il est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 4 des statuts de La Mutuelle Familiale.

Ce règlement mutualiste détermine le fonctionnement des opérations individuelles pour les adhérents ayant souscrit l'une des garanties listées en annexes et assurées par La Mutuelle Familiale. A compter du 31 décembre 2021, ces garanties seront fermées à la commercialisation.

Il constitue le contrat mutualiste qui définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le règlement mutualiste est complété en annexe : de la liste des garanties frais de santé individuelles relevant du présent règlement et de la liste des documents obligatoires à la validation des prestations, le tout constituant un ensemble indivisible.

TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE

ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayants droit résidant habituellement en France, pendant la période de garantie, de prestations santé, complémentaires ou non au remboursement du régime obligatoire français d'assurance maladie, selon la garantie choisie et dans les conditions définies ci-après. Il est constitué des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste complété de ses annexes : liste des garanties frais de santé individuelles, liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations et précisions relatives à la couverture des agents territoriaux. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation de l'ensemble de ces stipulations.

Le présent contrat mutualiste est régi par la loi française conformément aux dispositions des articles L. 225-2 et L. 225-3 du code de la mutualité.

Le règlement mutualiste est adopté par le Conseil d'administration de la Mutuelle Familiale dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Le présent règlement s'applique sans préjudice des dispositions prévues au Code de la Mutualité.

ARTICLE 2 - MODALITES D'ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion est réservée aux personnes physiques résidant habituellement en France et affiliées à un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Conformément à l'article 7 des statuts, elle est demandée à l'aide du bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. Toute personne qui fait acte d'adhésion acquiert ainsi la qualité de membre participant. Les membres participants bénéficient des prestations de la mutuelle et peuvent en faire bénéficier leurs ayants-droits, nommément désignés au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion mentionne, notamment la garantie choisie.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. La garantie est acquise à cette même date, sauf délais de carence spécifiques à certaines garanties ou prestations.

Dans tous les cas, en cas d'envoi du bulletin d'adhésion par voie postale, la date d'effet de la garantie ne saurait être antérieure à la date de réception (cachet de la poste faisant foi). Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées au présent règlement.

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement et statuts.

ARTICLE 3 - DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux dispositions des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance ou suivant un démarchage, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat.

Cette renonciation doit être faite par :

- lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris cedex 10
- ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception à : courrierAR@mutuelle-familiale.fr.

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage. En cas de renonciation, le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires.

La Mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

ARTICLE 4 - MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 4.1 - CHANGEMENT DE GARANTIE

La garantie choisie par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile. Toutefois, le membre participant a la possibilité de solliciter, à tout moment, un changement de garantie, et/ou de niveau de garantie, vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit. L'adhérent ne pourra solliciter un changement de garantie que vers une gamme ou une option ouverte à la souscription.

Le changement de garantie prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Pour tout changement de garantie et/ou de niveau de garanties, un nouveau bulletin d'adhésion est complété et signé par le membre participant.

Pour le membre participant ayant moins d'un an d'ancienneté, un changement de garantie vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit ne peut intervenir qu'après une année d'adhésion, sauf changement de situation prévue à l'article 4-2 du présent règlement mutualiste.

Les demandes de changement de garanties et/ou de niveau de garanties sont acceptées sans toutefois pouvoir dépasser une demande par date d'anniversaire du contrat.

En cas de changement de garantie et/ou niveau de garantie, toute demande de prestation sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité. Le changement de garantie fera sortir le membre participant du champ d'application du présent règlement mutualiste ; l'adhésion aux garanties annexées au présent règlement n'étant ouverte que jusqu'au 31 décembre 2021.

Seule la modification de ses ayants droit n'impacte pas son adhésion au présent règlement mutualiste.

Pour les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, le changement de garantie pourra s'effectuer vers une autre offre ouverte à la souscription, qu'elle soit labellisée ou non. Dans ce dernier cas, le membre participant ne pourra plus bénéficier de la participation de la collectivité publique employeur.

Pour tout changement de garantie et/ou de niveau de garantie, un nouveau bulletin adhésion est complété et signé par le membre participant.

ARTICLE 4.2 - CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE

La modification des mentions portées au bulletin d'adhésion peut être demandée par écrit en cas de changement de situation personnelle ou administrative du membre, résultant notamment :

- de la situation familiale,
- d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La modification prend effet dès réception de la demande (cachet de la poste faisant foi).

Toute demande d'affiliation d'un ayant-droit en qualité de bénéficiaire donnera lieu au paiement, par l'adhérent, de la cotisation correspondante.

ARTICLE 5 - MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Conformément à ses prérogatives décrites à l'article 32 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutuelle est compétent en matière d'adoption et révision du règlement mutualiste, des montants ou taux des cotisations et des prestations des opérations individuelles dans le respect des règles fixées par l'Assemblée générale.

Toute évolution législative, réglementaire ou technique venant à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, pourra entraîner en conséquence, une révision des montants ou taux des cotisations, des prestations garanties des conditions d'ouverture du droit à prestation et plus largement du règlement mutualiste et de ses annexes.

Ces modifications sont applicables de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 6 - MODALITES DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION DU CONTRAT MUTUALISTE

ARTICLE 6.1 - DÉMISSION

L'adhérent peut mettre fin à sa garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une lettre ou un courriel, avant le 31 octobre de l'année minuit, cachet de la poste faisant foi.

La résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit.

La démission ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

L'adhérent peut également mettre fin à sa garantie, sans frais ni pénalités, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première adhésion.

Ce délai d'un an est renouvelé en cas de changement de niveau de garantie et en cas d'ajout ou de suppression de renfort optionnel demandé par l'adhérent. Dans ce cas, un nouveau bulletin d'adhésion est rempli et signé par l'adhérent.

La démission prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Le membre participant reste redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission.

Conformément à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité, toute demande de démission doit être adressée à la Mutuelle :

- soit par lettre ou tout autre support durable (type courriel) ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit, le cas échéant, par tout autre moyen prévu par le présent règlement.

La Mutuelle Familiale confirme par écrit la réception de la notification ;

ARTICLE 6.2 - RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission ou dont les garanties ont pris fin dans les conditions mentionnées aux articles L. 221-17 et L. 221-7 du Code de la mutualité.

1. Cas particulier du décès

Le décès d'un membre participant entraîne sa radiation.

Cette radiation prend effet au lendemain de la date de survenance de l'évènement. Pour que cette radiation puisse être prise en compte, une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle. Dans ce cadre, l'adhésion du membre participant prend fin.

2. Modification du risque

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties en cas de survenance d'un des évènements suivants :

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

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque garanti est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Autrement dit, le changement de situation doit nécessairement affecter le montant des cotisations ou le paiement des prestations.

Il peut également être mis fin à l'adhésion par le membre participant dans les cas particuliers suivants :

- adhésion à un contrat collectif obligatoire dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (sur présentation d'une attestation d'appartenance à un contrat collectif obligatoire).
- bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS).

La radiation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Elle est réalisée par lettre ou par courriel précisant la nature et la date de l'évènement invoqué, accompagnée des justificatifs correspondants.

Dans ce cadre, la fin de l'adhésion est soumise à la restitution des cartes de tiers payant remises par la mutuelle et prend effet au jour de réception de la demande (cachet de la poste faisant foi), sauf cas de la CSS où la date prise en compte est celle de la survenance de l'évènement.

Enfin, il peut également être mis fin à l'adhésion d'un adhérent ayant des problèmes financiers graves.

3. Non-paiement des cotisations

La radiation du membre participant peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité et selon la procédure décrite à l'article 8 du présent règlement.

4. Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit en principe être réalisée par écrit, sur tout support durable, moyennant un délai de préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours. La radiation prend effet au 1er janvier de l'année suivante.

Toutefois, par dérogation et sous réserve de produire les justificatifs correspondants, le membre participant peut demander la radiation de l'un ou de ses ayants droit, à tout moment, pour les cas suivants :

- en cas de changement de la situation familiale en raison d'une séparation ou d'un divorce, ou d'un mariage ;
- en cas de décès de l'Ayant droit ;
- lorsque l'enfant Ayant droit n'est plus à la charge de l'adhérent (départ du foyer fiscal) ;
- en cas de bénéfice d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire en qualité soit de titulaire soit d'Ayant droit ;
- si l'Ayant droit bénéficie de la complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- en cas de souscription d'un contrat individuel auprès de la Mutuelle.

La radiation prend effet à la date de réception par la Mutuelle de la demande (cachet de la poste faisant foi).

Une nouvelle carte de tiers payant, mettant à jour les ayants droit, sera éditée et envoyée à l'adhérent, qui devra restituer son ancienne carte de tiers payant à réception de la nouvelle.

Dans ce cadre, la garantie reste maintenue en ce qui concerne le membre participant et les autres bénéficiaires nommément désignés à la garantie.

ARTICLE 6.3 - EXCLUSION

Peuvent être exclus, dans les conditions fixées par les Statuts, les membres participants qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté notamment dans les conditions suivantes :

- Vols ou tentatives de vols ;
- Menaces, injures proférées envers le personnel ou les membres du conseil d'administration ;
- Dégradation ou agression ;
- Dénigrement graves et publics de la Mutuelle.

ARTICLE 6.4 - CONSEQUENCES

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou exclusion intervenant en application de l'article 11 des statuts, hormis celles lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

TITRE II – COTISATIONS

ARTICLE 7 - MONTANT DES COTISATIONS

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée notamment à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Selon la garantie souscrite, la cotisation annuelle peut être fixée en fonction de la composition familiale, de l'âge du membre participant, du régime obligatoire d'assurance maladie (régime général, régime Alsace-Moselle), du revenu, de la durée d'appartenance à la mutuelle et du lieu de résidence au moment de l'appel de cotisation annuel. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe).

A cette cotisation peuvent s'ajouter, le cas échéant, celles dues au titre de contrats collectifs souscrits par la Mutuelle au bénéfice de ses membres, en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ainsi que tous accessoires prévus par toute convention, ou par la législation et la réglementation en vigueur, tels que les impôts et les taxes.

Le montant et les modalités de paiement de ces cotisations sont fixés par les statuts ou règlement de ces organismes.

ARTICLE 8 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle. Elle peut toutefois être réglée par fractionnement mensuel, par chèque ou par prélèvement automatique, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

La première cotisation est payable à l'adhésion. Les cotisations sont dues terme à échoir.

Lorsque le règlement de la cotisation intervient par prélèvement automatique, celui-ci est nécessairement effectué par le biais d'un compte bancaire ou d'un instrument de paiement ouvert ou délivré par un organisme financier domicilié, enregistré ou établi dans l'Espace Economique Européen.

La cotisation doit être réglée aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle à l'adhérent.

Les membres honoraires paient une cotisation forfaitaire annuelle qui est fixée par l'assemblée générale.

ARTICLE 9 - DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Conformément aux dispositions de l'article L221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement de la cotisation ou d'une 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 contractuel en justice, la garantie peut être suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du membre.

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 est en droit de résilier la garantie au plus tôt dix (10) jours après la suspension de cette dernière. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où est payée 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 que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrements.

Le conseil peut sursoir à l'application la résiliation pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement ou la régularisation de leurs cotisations.

ARTICLE 10 - FRAIS D'IMPAYÉS

En cas d'impayés, les frais afférents sont à la charge de l'adhérent.

TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS

ARTICLE 11 - PRESTATIONS

La nature, les montants et les taux des prestations garanties figurent au tableau des prestations ci-annexé, faisant partie intégrante du présent règlement. Les prestations offertes par la mutuelle sont les remboursements de frais fixés selon la garantie choisie par le membre participant dans le bulletin d'adhésion, en complément des prestations accordées par leur régime d'assurance maladie obligatoire au titre des soins nécessités par une maladie ou un accident garanti par la mutuelle.

En fonction de la garantie choisie, la mutuelle peut aussi pratiquer des remboursements sur des actes non pris en charge par l'assurance maladie.

Les prestations non consommées, dans le cadre de l'année d'adhésion, ne font l'objet d'aucun report.

Les prestations offertes par la mutuelle et énoncées dans le tableau intitulé « Allocations, primes et services assistance » sont des versements d'allocations ou de primes aux membres participants en cas de survenance des risques cités, ainsi que l'accès à un service d'assurance à la vie quotidienne. Ces prestations sont garanties par : Filassistance international, entreprise régie par le code des assurances – 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT CLOUD CEDEX, n° RCS 433 012 689.

Le contrat est dit « solidaire » lorsqu'aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et que le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'adhérent, ni de celui de ses ayants droit.

Le contrat est dit « responsable » lorsque les garanties proposées par la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable prennent obligatoirement en charge :

- l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur).
Par exception, pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques, le ticket modérateur sera pris en charge uniquement si cela est prévu dans le tableau des garanties.
- lorsque cette garantie est prévue dans le tableau des garanties, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO) prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, sous réserve de respecter la double limite réglementaire de prise en charge,
- le forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limite de durée, conformément à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale,
- l'intégralité des frais exposés par l'adhérent pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'optique médicale, aides auditives et de soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100% santé).
Pour ces équipements et soins, les remboursements effectués par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes de Complémentaire santé doivent respecter les prix limites de vente (PLV) déterminés par voie réglementaire et les honoraires limite de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale.
- lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, pour l'acquisition de dispositifs d'optique médicale et d'aides auditives appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé), les remboursements santé sont conformes au tableau des garanties applicable et, en tout état de cause aux planchers et plafonds réglementaires,
- lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé), les remboursements sont conformes au tableau des garanties applicable. Cependant, pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée (panier maîtrisé), les montants de remboursements ne peuvent excéder les honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Précisions relatives à la prise en charge des garanties optique et aide auditive :

Équipement optique : conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge en optique est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux (2) ans, sauf pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans pour lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le renouvellement anticipé de l'équipement est possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement d'optique médicale est la date de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Aide auditive : conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge sera limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre (4) ans. L'appréciation de la période susmentionnée se fera à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le délai sera apprécié distinctement pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Les obligations de prise en charge sont susceptibles d'évoluer conformément à la législation sur le contrat responsable.

Exclusions liées au caractère responsable du règlement mutualiste :

Ne sont pas couvertes au titre du présent règlement mutualiste :

- La participation forfaitaire acquittée par l'adhérent ou ses ayants-droit pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'Assurance Maladie ;
- Les franchises médicales mises à la charge de l'adhérent ou ses ayants-droit par la Sécurité sociale concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transport sanitaires ;
- La prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux adhérents ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques,

La mutuelle met à la disposition de ses adhérents :

- Les prestations offertes par les cotisations prévues ;

La mutuelle prend à sa charge, sur l'ensemble de ses garanties, le différentiel entre le tarif réservé aux mutualistes et celui proposé au grand public, sur les problèmes dentaires mutualistes du Grand Conseil de la mutualité. La prise en charge de ce différentiel ne s'applique que si la prothèse dentaire a donné lieu à un remboursement total ou partiel de l'adhérent par la mutuelle. Elle s'impute sur le montant du « plafond remboursement dentaires » de la garantie souscrite.

ARTICLE 12 - ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux délivrés sur le territoire national (France métropolitaine, Départements et Régions d'Outre-Mer) et dans les conditions prévues au règlement de la garantie. Les frais engagés à l'étranger sont pris en charge sous réserve que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français et dans les limites prévues par le présent règlement. Le remboursement de la Mutuelle intervient alors en complément de celui du régime obligatoire français, sur présentation :

- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge de l'adhérent exprimé en euros, lors d'un séjour dans un pays de l'EEE (Espace Économique Européen),
- du décompte du régime obligatoire français lors d'un séjour dans un pays hors espace économique européen,
- pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément pris en charge par la garantie de l'adhérent, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, traduite en français le cas échéant, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

ARTICLE 13 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Sauf disposition particulière précisée dans les dispositions spécifiques, les prestations sont servies pour :

- Le membre participant,
- Ses ayants-droit inscrits sur le bulletin d'adhésion.
Sont considérés comme ayants droits du membre participant, les personnes visées par l'article 6 des Statuts de la Mutuelle Familiale ;

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

ARTICLE 14 - OUVERTURE DES DROITS

A compter de la date d'adhésion, tous les actes décrits dans les dispositions spécifiques dont la date de référence est postérieure à la date d'effet sont remboursables :

- pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire d'assurance maladie ; la date de référence étant la date de soins mentionnée sur ce décompte,
- pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte d'assurance maladie ; les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion,
- pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale ; les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.

ARTICLE 15 - CESSATION DES DROITS

Les droits du membre et de ses bénéficiaires cessent dans les conditions décrites à l'article 6 du présent règlement

ARTICLE 16 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE

Les prestations n'ayant pas fait l'objet d'avance par tiers payant et n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie envoyés par l'adhérent ainsi que des originaux des factures acquittées. Les remboursements peuvent être effectués par virement sur le compte courant de l'adhérent ou, à sa demande, sur le compte courant de son ayant droit de plus de 16 ans, ou par lettre chèque nominative adressée à son domicile. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations. En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...), la mutuelle demandera le remboursement à l'adhérent et pourra également, sans que le membre participant puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

L'adhérent est informé des prestations versées par l'envoi semestriel d'un bordereau récapitulatif. Il lui appartient de vérifier que les remboursements sont bien effectués. Les adhérents ont deux ans à compter de la date de soins pour demander le remboursement de leurs soins auprès de la mutuelle, conformément aux règles de prescription.

Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné.

En application des articles 1347 et suivants du code civil et dans un souci de bonne exécution du contrat mutualiste, la compensation est applicable dans les relations entre l'Adhérent et la Mutuelle.

A ce titre, les prestations versées par la Mutuelle peuvent être compensés avec les cotisations non réglées, sans préjudice des stipulations prévues à l'article 9.

La compensation est opérée à due concurrence des sommes respectivement dues.

ARTICLE 17 - JUSTIFICATIFS

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à l'envoi des justificatifs précisés dans le règlement des garanties en annexe.

ARTICLE 18 - CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATIONS DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations relèvent de la compétence du Conseil d'administration, seul habilité à les modifier, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

ARTICLE 19 - CHANGEMENT DE SITUATION DU MEMBRE PARTICIPANT ET DE SES AYANTS DROITS

Le membre participant doit informer la mutuelle de tout changement le concernant ou concernant ses ayants-droits : changement de régime obligatoire, changement de situation familiale, d'adresse, de coordonnées bancaires ainsi que tout autre changement qui pourrait avoir une incidence sur le contrat.

ARTICLE 20 - MODIFICATIONS DES GARANTIES CHOISIES

Toute modification de garantie sera portée à la connaissance des membres participants et honoraires par la Mutuelle.

ARTICLE 21 - PRINCIPE INDEMNITAIRE

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais à la charge du membre participant au moment du sinistre.

ARTICLE 22 - SUBROGATION

En cas d'accident, le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dès lors que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers.

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare à l'intégrité physique de la victime.

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.

La mutuelle est également subrogée de plein droit au membre participant assuré social, pour percevoir les prestations auxquelles il peut prétendre auprès des régimes obligatoires dont il relève lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

ARTICLE 23 - FORCLUSION

Les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie et les factures acquittées doivent être remis dans un délai maximum de deux ans à la Mutuelle. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement. La date prise en compte pour l'examen de ce délai sera celle de la date de soins figurant au document justificatif.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24 - DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du contrat mutualiste est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du participant, que du jour où La Mutuelle Familiale 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation. Le recommandé électronique doit être envoyé par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'adresse suivante : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

ARTICLE 25 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions légales et réglementaires prévues par la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et par le Règlement général sur la protection des données n°2016-679 du 27 avril 2016.

Dans le cadre de ses missions, La Mutuelle est amenée à recueillir et traiter des données à caractère personnel sur le fondement de l'exécution du contrat pour les finalités suivantes :

- L'exercice du devoir de conseil impliquant le recueil des besoins exprimés par l'assuré
- La passation, la gestion et l'exécution du contrat
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations
- La gouvernance de la Mutuelle

Ces données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale avec l'accord de ses membres participants. Ces données sont destinées à la Mutuelle, aux éventuels délégataires de gestion, réassureurs et partenaires, le cas échéant. Chaque adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les données le concernant.

Ce droit s'exerce auprès du Délégué à la Protection des Données par courrier postal à l'adresse suivante : 52 rue d'Hauteville, 75010 Paris ou sur l'adresse mail : donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr.

L'adhérent a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL, 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou www.cnil.fr. Plus d'informations sur www.mutuelle-familiale.fr/politique-de-confidentialite.

ARTICLE 26 - RECLAMATION ET MEDIATION

ARTICLE 26.1 - RECLAMATIONS

La Mutuelle Familiale met en œuvre tous les moyens nécessaires pour satisfaire les demandes de ses membres via son réseau de conseillers mutualistes et de gestionnaires.

Les membres participants peuvent néanmoins en cas d'insatisfaction formuler une réclamation via le formulaire contact disponible sur son espace adhérent ou en écrivant au Service Qualité :

- soit par courriel à reclamations@mutuelle-familiale.fr,
- soit par voie postale à l'attention de : La Mutuelle Familiale – Service Qualité –52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

Le réclamant recevra un accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de l'envoi de sa réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, le réclamant recevra une réponse de nos services dans un délai de 2 mois à compter de la date d'envoi de sa première réclamation écrite, le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale.

ARTICLE 26.2 - MEDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>,
- soit par voie postale à l'attention de :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15.

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine, sauf demande complexe.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES

ARTICLE 27 - GARANTIES NON RÉGIÉS PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT

La Mutuelle Familiale propose, par le biais de contrats collectifs souscrits au bénéfice de ses membres ou en intermédiation, des garanties qu'elle n'assure pas directement. Ces garanties bénéficient directement à ses adhérents par inclusion au contrat mutualiste, ou elles peuvent être souscrites par les adhérents en adjonction d'une garantie proposée par La Mutuelle Familiale.

ARTICLE 27.1 - ASSISTANCE

Conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité, des garanties d'assistance vie quotidienne sont souscrites par la Mutuelle au bénéfice de l'ensemble de ses membres participants. Ces garanties intégrées aux contrats santé sont assurées par Filassistance internationale, entreprise régie par le code des assurances, sise 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT CLOUD CEDEX, n° RCS 433 012 689.

Dans tous les cas, les prestations d'assistance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'événement et de la situation. Les conditions d'application de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 27.2 - GARANTIES DE PREVOYANCE

En application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, des garanties de prévoyance sont incluses aux garanties santé qui les prévoient.

Ces prestations sont assurées par La Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, sise 39 rue Jourdil 74960 Cran-Gevrier, SIREN 337 682 660.

Les garanties de prévoyance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable de La Mutuelle Générale de Prévoyance qui en apprécie son application. Ses conditions d'application font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 27.3 - GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

En application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, une garantie frais d'obsèques est incluse aux garanties santé qui la prévoit.

Cette prestation est assurée La Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, sise 39 rue Jourdil 74960 Cran-Gevrier, SIREN 337 682 660.

En tout état de cause, cette prestation n'est déclenchée qu'avec l'accord préalable de La Mutuelle Générale de Prévoyance qui en apprécie son application. Ses conditions d'application font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 28 - ALLOCATION DE FIDÉLITÉ

Une prime de fidélité correspondant à un mois de cotisation bénéficie aux adhérents ayant atteint 40 ans d'ancienneté à la Mutuelle Familiale. Cette prime, déduite en une seule fois ne s'applique que lorsque l'adhérent est membre de La Mutuelle Familiale, l'année suivant celle de son 40ème anniversaire d'adhésion, sans rétroactivité pour les adhérents ayant dépassé ce cap au sein d'une mutuelle ayant fusionné avec La Mutuelle Familiale.

ARTICLE 29 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle Familiale est tenue au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme et aux mesures de gel des avoirs.

A ce titre, La Mutuelle a l'obligation de recueillir des informations afin d'identifier et de connaître le membre participant, les assurés, les ayants droit ainsi que toute personne à laquelle elle serait amenée à verser des prestations. Les informations recueillies doivent permettre à La Mutuelle de respecter les obligations auxquelles elle est soumise.

ARTICLE 30 – AUTORITE DE CONTROLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Le présent règlement mutualiste est complété des annexes associées aux garanties souscrites. Ces documents sont disponibles sur le site Internet <https://www.mutuelle-familiale.fr/>. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.

ANNEXE 1 : Précisions spécifiques relatives à la couverture des agents territoriaux

Article 1 | MAJORATION TARIFAIRE POUR ADHÉSION TARDIVE

- Lorsque l'adhésion de l'agent à un organisme labellisé est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret de labellisation, intervient plus de deux ans après la publication de ce décret, la cotisation « frais de santé » acquittée par le membre participant pour sa couverture et celle de ses ayants droit est majorée d'un coefficient calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des Collectivités territoriales, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de la Fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er du décret du 8 novembre 2011.
- Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre le décret du 8 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence, une majoration de 2 % par année.
- Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.

Article 2 | GARANTIE DE PRÉVOYANCE EN INCLUSION

Les garanties de prévoyance incluent dans la garantie santé labellisée couvrent à minima la couverture du risque incapacité de travail.

Elles sont assurées par La Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, sise 39 rue Jourdil 74960 Cran-Gevrier, SIREN 337 682 660.

Ces garanties de prévoyance sont complémentaires à la protection sociale de base des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Les cotisations de prévoyance sont déterminées en fonction, soit d'une cotisation forfaitaire exprimée en euro, soit d'un taux appliqué sur une assiette de calcul de cotisations. L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence à la rémunération des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics telle que fixée dans la notice d'information transmise par la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Article 3 | MODALITÉS DIVERSES

■ Adhésion

Pour toute nouvelle adhésion, un certificat de l'employeur mentionnant la date d'entrée dans la fonction publique et un justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'agent a souscrit une garantie labellisée sera exigée. Tous les agents territoriaux peuvent adhérer quel que soit leur âge (pas de limite d'âge) et sans aucun délai de carence.

■ Remboursements des frais médicaux

Les remboursements des frais de santé ne sont accordés uniquement si la Sécurité sociale a elle-même accordé sa participation. Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et déclarés à la Sécurité sociale et sont conformes aux dispositions du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats « responsables ».

■ Cotisations

Aucune majoration de cotisation n'est appliquée au-delà de 2 enfants (gratuité à compter du 3e). Les cotisations ne sont pas majorées en fonction de l'état de santé, pas de questionnaire médical.

■ Modalités de versement de la participation par la collectivité territoriale ou par l'établissement public

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics est versée soit au titre des garanties du risque « santé ». Cette participation constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, versée directement aux agents qui sont seuls tenus à l'égard de la Mutuelle au paiement de la cotisation annuelle selon les modalités déterminées à l'article 8 du présent règlement mutualiste.

■ Respect de la solidarité intergénérationnelle

Le rapport entre la cotisation hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation de l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une garantie comparable, compte tenu d'éventuelles pénalisations.

■ Perte du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, la mutuelle s'engage à informer, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011). Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou

l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

ANNEXE 2 : Garanties frais de santé individuelles

- CNM - Garantie 1
- CNM - Garantie 2
- CNM - Garantie 3
- CNM - Garantie 4
- CNM - Garantie 4 Bis
- CNM - Garantie 5
- CNM - Garantie 6

Offre Jeunes :

- CNM - Garantie PAS 1
- CNM - Garantie PAS 2

Offre labellisée agents territoriaux :

- CNM -Garantie SANTE
- CNM - Garantie SANTE+

ANNEXE 3 : Liste des documents obligatoires à la validation des prestations

Pour bénéficier du remboursement de vos prestations prévues dans votre contrat mutualiste, nous vous invitons à nous transmettre les justificatifs ci-dessous.

Nature de la prestation		Avec télétransmission	Sans télétransmission
SOINS COURANTS	Soins consultations, visites, actes médicaux, auxiliaires médicaux, analyses, radiologie	Automatique	Décompte Sécurité Sociale Facture acquittée et détaillée*
	Pharmacie : Médicaments à SMR majeur (65%), modéré (30%) ou faible (15%)	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture du pharmacien acquittée et détaillée*
	Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée* et la copie de la prescription médicale	
	Matériel médical remboursé par la Sécurité Sociale	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée*
	Transport		
DENTAIRE	Soins dentaires,	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée*
	Prothèses acceptées ou inlays-onlays par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée*	
	Implant, Parodontologie	Facture acquittée et détaillée*	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	Automatique	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée*
	Orthodontie non remboursée	Facture acquittée et détaillée* mentionnant la date de début et de fin de traitement	
HOSPITALISATION	Frais de séjour	Bordereau de facturation ou avis des sommes à payer et quittance pour hôpitaux	
	Forfait journalier		
	Chambre particulière		
	Frais d'accompagnant	Facture acquittée et détaillée* de l'établissement	
	Dépassement d'honoraires médicaux ou chirurgicaux	Facture acquittée et détaillée*	
MATERNITÉ	Honoraires anesthésie et obstétrique	Bordereau de facturation	Décompte Sécurité Sociale + Bordereau de facturation
	Fécondation in vitro-amniocentèse		
	Chambre particulière	Facture acquittée et détaillée	
OPTIQUE	Lunettes et lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale
	Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	Facture acquittée et détaillée de l'opticien* + copie de la prescription médicale	
	Chirurgie réfractive	Facture acquittée et détaillée*	
AIDES AUDITIVES	Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale, entretien et réparations	Facture acquittée et détaillée* de l'audioprothésiste et copie de la prescription	

Nature de la prestation		Avec télétransmission	Sans télétransmission
BIEN ETRE ET PREVENTION	Cure thermale	Facture acquittée et détaillée* Frais d'hébergement et/ou transport Attestation avec date début et fin de cure pour forfait	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée* Frais d'hébergement et/ou transport Attestation avec date début et fin de cure pour forfait
	Sevrage tabagique sur prescription médicale	Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale	Facture acquittée et détaillée* + copie de la prescription médicale + Décompte Sécurité Sociale
	Thérapies complémentaires et médecines douces <i>Réalisées par un praticien d'État ou inscrit RNCP</i> Liste présente au tableau de garanties.	Facture acquittée et détaillée* comportant le numéro d'identification et le cachet du professionnel de santé (ADELI*/RPPS*) <i>*ADELI est un répertoire national qui recense les professionnels de santé réglementés en mentionnant leurs lieux d'exercice et leurs diplômes. *RPPS est un répertoire partagé des professionnels de santé et qui concerne pour l'instant les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens.</i>	
	Contraception, vaccins non remboursés	Facture acquittée et détaillée*	
PARTICIPATION FORFAITAIRE	Allocation naissance ou adoption (subordonné ou non à l'inscription, en fonction de la garantie)	Acte de naissance ou certificat d'adoption	
	Allocation mariage de l'adhérent(e)	Certificat de mariage (mariage civil uniquement)	
	Participation à un abonnement annuel (sportif, musical ou artistique)	Facture acquittée précisant la période d'abonnement (dates)	
	Allocation obsèques	Acte de décès + Facture originale acquittée + Certificat d'hérédité (si le paiement des frais d'obsèques a été effectué par le défunt de son vivant ou par prélèvement sur son compte bancaire ou postal) + RIB	
SOINS A L'ETRANGER <i>Pour toute demande, la facture doit être traduite en français</i>		Facture acquittée et détaillée* + décompte Sécurité Sociale	

Ce document n'a pas vocation à être exhaustif.

La Mutuelle Familiale a mis en place, conformément à la réglementation, un dispositif de lutte contre la fraude. Dans ce cadre, elle se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

Quel que soit le cas, lorsque La Mutuelle Familiale intervient en surcomplémentaire : Photocopie du décompte Sécurité Sociale (pour les soins pris en charge), les originaux des décomptes de la 1^{ère} mutuelle et les factures acquittées détaillées.

***La facture acquittée et détaillée doit mentionner les éléments suivants :**

- Nom et adresse du professionnel de santé
- Numéro de Sécurité sociale
- Nom et prénom du bénéficiaire
- Date de facturation
- Détail des actes
- Montant total de la dépense
- Base et taux de remboursement de la Sécurité Sociale
- Montant réglé par l'adhérent
- Mention « acquitté » indiquée par le professionnel de santé

⇒ **En cas de tiers payant partiel :**

Vous avez bénéficié du tiers payant uniquement sur la part Sécurité Sociale. Même si vous bénéficiez de la télétransmission, pour être remboursé, vous devez adresser à la Mutuelle Familiale le décompte de la Sécurité Sociale, ainsi que le reçu du professionnel de santé justifiant les sommes réglées.

⇒ **Remboursement du dépassement pour des actes pour lesquels vous avez bénéficié du tiers payant :**

Si votre garantie prévoit la prise en charge du dépassement, vous devez nous adresser la facture détaillée et acquittée du professionnel de santé mentionnant le montant du dépassement.

REST_INT_01_Liste des documents obligatoires à la validation des prestations_V005