

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mutuelle de France Unie,
Mutuelle immatriculée à l'INSEE sous le n° 776
531 642,
soumise aux dispositions du Livre II du Code de la
Mutualité

I – Règles de gestion

A - Règles de gestion communes

Article 1 - Objet du règlement mutualiste

Conformément au cinquième alinéa de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Prise d'effet des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le premier jour de la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise. **Elle prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Exemples : pour une adhésion au 01/01/2021, la 1ère échéance est le 31/12/2021. Pour une adhésion 01/06/2021, la 1ère échéance est le 31/12/2022. Elle est prolongée annuellement par décision tacite, à l'expiration de la 1^{ère} échéance, puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est fixée au 31 décembre.** Les ayant droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins notoires, et enfants jusqu'à 26 ans. Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans appartenant au même foyer fiscal.

Sont également considérés comme ayant droits, sans limitation d'âge, les enfants devenus titulaires, avant leurs 21 ans, de la carte d'invalidité civile et bénéficiant de l'Allocation d'Adulte Handicapé, rattachés au même foyer fiscal que l'adhérent (sur justificatifs d'allocation adulte handicapé et d'appartenance au foyer fiscal).

Article 3 - Les montants ou les taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire.

Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des garanties différentes dans ce cas précis, chaque conjoint devra être titulaire de son propre contrat. Les enfants souscrivent la même garantie que le parent auquel ils sont rattachés.

A compter du 1^{er} janvier 2023 en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.

Article 4 - Conditions et modalités de modification des cotisations

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas

être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (*antécédents médicaux, sexe,...*).

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (*pour les contrats indexés*).

En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié à effet du 1^{er} janvier de chaque année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires ou du Conseil d'Administration dans les conditions des statuts. Les modifications des barèmes sont applicables à toutes les garanties en cours au 1er janvier, quelle que soit la date d'adhésion ou de changement d'option. Les règles de calcul des cotisations (gratuité naissance, gratuité mariage, nombre enfants cotisants, tarification adulte/enfant) peuvent être différentes en fonction de la garantie et font l'objet d'un récapitulatif en partie III du présent règlement).

En cas de modification des cotisations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment, pour les garanties concernées, au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

Article 5 - Les modalités de paiement des cotisations

Pour les garanties individuelles, le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé au plus tard dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (*mois, trimestre, semestre*) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance du contrat.

Ce fractionnement fera l'objet de frais.

Article 6 - Détermination des périodes d'ouverture des droits aux garanties

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, la durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité rappelées à l'article 8 du présent règlement.

En fonction des garanties, des délais de stages peuvent être appliqués.

Ceux-ci font l'objet d'un récapitulatif en partie II du présent règlement.

Article 7 - Suspension ou remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger,
- service national,
- détention à caractère pénal,
- couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée.
- Chômage (suspension possible pendant 6 mois)

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit faire une demande écrite à la mutuelle et présenter toute pièce justificative de cette situation. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

Article 8 – Changement d’option et/ou garantie

La garantie souscrite peut être modulée en plusieurs options distinctes.

Lors de la souscription, l’adhérent choisit la garantie et le cas échéant le niveau de garantie (option) correspondant à ses besoins.

Passé le délai d’un an à compter de la souscription, l’adhérent peut à tout moment solliciter un changement de sa garantie et/ou option.

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie et/ou d’option au sein de la garantie souscrite doit en faire la demande à la mutuelle.

Cette demande fait l’objet d’une étude des besoins de l’adhérent et donne lieu soit au maintien de la garantie/option existante en l’état soit à la souscription de la nouvelle garantie/option choisie par la signature d’un bulletin d’adhésion.

Tout changement de garantie/option a pour effet la résiliation de la garantie/option en cours et la souscription de la nouvelle garantie/option à la date d’effet visée au bulletin d’adhésion.

Les changements de garantie/option sont soumis aux dispositions de l’article L221-10-2 du code de la mutualité et font courir un nouveau délai incompressible de souscription d’un an.

Par dérogation à ce qui précède à la demande motivée de l’adhérent, la mutuelle peut accepter un changement de garantie/option par anticipation au délai incompressible précité.

Cette acceptation est à la discrétion de la mutuelle qui apprécie suivant les motifs présentés pour justifier d’un changement anticipé (ALD, changement de situation familiale ..)

Article 9 - Résiliation des garanties par la mutuelle

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l’admission du fait d’un retard dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le conseil d’administration ou ses mandataires.

A défaut de paiement d’une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l’exécution de l’engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente 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 jours après l’expiration du délai de trente jours prévu à l’alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu’à l’expiration du délai prévu à l’alinéa 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 ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l’objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 10 - Résiliation des garanties par le membre participant

Le membre participant pourra dénoncer l’adhésion à l’échéance du 31 décembre.

Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l’échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social:
Mutuelle de France Unie.
Service résiliations
39 rue du Jourdil

- Soit par email à l’adresse unique suivante : :
radiation.sante@mutuelles-entis.fr
- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l’adresse suivante
<https://www.mutuelledefranceunie.fr>,
- Soit par déclaration faite au siège social ou dans l’un des bureaux de la mutuelle dont la liste figure sur le site à l’adresse suivante :
<https://www.mutuelledefranceunie.fr> et remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d’un délai d’un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d’application, sans frais ni pénalités.

Dans ce cas, la dénonciation d’adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en ait reçu notification par le membre participant.

Dans le cas où l’adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d’un autre organisme assureur, c’est à ce dernier qu’il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre.

Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoire visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l’adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l’adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d’effet de cette résiliation. A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n’est pas réputée acquise, l’adhérent, ou le nouvel assureur, devant s’assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

Tout changement de garantie ou d’option, donne lieu, à compter de sa prise d’effet, à l’ouverture d’une nouvelle durée incompressible d’un an préalablement à l’exercice du droit à résiliation.

Article 11 - Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

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

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestation, y compris pour les prestations ayant fait l’objet d’un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d’effet de la démission ou radiation. Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l’accord de prise en charge ayant fait l’objet de soins ou d’actes réalisés avant la date d’effet de la fin du contrat.

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.

Article 12 - Prestations

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur,
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale,
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties est mentionné expressément dans les grilles des prestations figurant en annexe. Pour les contrats responsables, lorsque les prestations sont exprimées en forfait, prises en charge par l'A.M.O. et visées par les obligations de prise en charge du ticket modérateur à minima (décrets relatifs au contrat responsable du 18 novembre 2014 et du 11 janvier 2019 et circulaire DSS du 29 mai 2019) ; la mutuelle s'engage à prendre en charge à minima dans tous les cas le ticket modérateur, selon les obligations de prise en charge.

Au vu de l'évolution de la réglementation de l'assurance maladie obligatoire et de la mise en place de la CCAM dentaire, les remboursements de votre mutuelle évoluent.

Ainsi :

- Les remboursements des actes et prothèses dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire seront basés sur la nouvelle CCAM dentaire
- Les remboursements des actes et prothèses dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, s'ils sont prévus par la garantie, se feront soit par le biais de forfaits prenant en charge certains actes définis, soit par le biais d'une prise en charge de prothèses refusées calculée sur une base de remboursements propre à la mutuelle dont le détail est disponible sur simple demande écrite à la mutuelle.

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Toutes les prestations liées au tiers payant et au dispositif Noémie sont payées sous 2 jours ouvrables ; pour toutes les autres dans un délai maximum de 10 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

Selon les garanties, une allocation obsèques est intégrée en garantie induite.

Cette prestation est assurée par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle de livre II soumise aux dispositions du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n° 337 682 660 et sise au 39 rue du Jourdil à CRAN GEVRIER.

Les modalités relatives au montant et aux éventuelles limites d'âge pour le bénéfice de la prestation sont indiquées dans le tableau de prestations de chaque garantie (partie II du présent règlement annexe 1).

Selon les garanties, un accès à une solution logicielle de téléconseil et de téléconsultation médicale délivré par des professionnels de santé est intégré en garantie induite.

Ce service ne se substitue pas à une consultation médicale physique. Il consiste à mettre en relation des professionnels de santé avec les adhérents.

Cette prestation est proposée par PODALIRE immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 807 414 024 dont le siège social est sis 10 Rue de Penthièvre – 75008 PARIS.

Lorsque la prestation est incluse dans la garantie souscrite, elle figure dans la grille de garanties correspondante qui se trouve en annexe et est comprise dans la cotisation.

Article 13 - Conditions et modalités de modification des prestations

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Si, en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

En cas de modification des garanties résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment, pour les garanties concernées, au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

Article 14 - Conditions et modalités de déclaration à effectuer auprès de la mutuelle en cas de prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Si les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (*ticket de caisse ou facture acquittée*).

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit impérativement faire remplir une demande d'entente préalable conforme à la nouvelle CCAM dentaire par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte Sécurité Sociale.

Article 15 - Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Article 16 - Étendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

1) Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

A votre retour, sur présentation des factures détaillées et du décompte de la Sécurité Sociale (remboursement de soins suite à présentation du formulaire S3125), la mutuelle rembourse en appliquant les taux de remboursement prévus au contrat aux tarifs de convention figurant sur ledit décompte.

2) Dans les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie- CEAM), si vous n'avez pas eu d'avance de frais à faire, ou que vous avez été remboursés sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour, la mutuelle n'interviendra pas.

Article 17 - Informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de leurs ayants droits

Dans le cadre d'une naissance, d'une adoption, d'un mariage, d'un concubinage, de la signature d'un pacte civil de solidarité, d'un

départ à la retraite ou d'un décès les changements de situation prendront effet au 1^{er} jour suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. La prime naissance, si elle est prévue par la garantie souscrite, ne sera versée que si le changement de situation a été reçu par la Mutuelle dans ce délai. Passé le délai de trois mois, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La cotisation afférente à l'adhésion d'un nouvel ayant droit est due à compter de la date d'effet de son adhésion.

Toute modification en cours de contrat de la situation du membre participant ou de sa famille telle que figurant sur le bulletin d'adhésion doit être immédiatement signalée à la Mutuelle et l'adhérent devra joindre les documents justificatifs correspondants (certificat de scolarité pour la poursuite d'études des enfants, justificatifs de PACS, certificat de mariage, certificat de naissance ...).

Article 18 - Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du mois durant lequel le décès a eu lieu est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'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 professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification, elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'événement.

Etant entendu que l'attribution de droits à la CSS s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

Article 19 - Modification des garanties choisies

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations est opposable à l'adhérent dès sa notification ou à la date à laquelle l'information de son existence est portée à sa connaissance.

Cette information vaut notification et les modifications s'imposent de plein droit dans les conditions de l'article L221-5 du code de la mutualité.

Article 20 - Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants droit 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, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu 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 décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

Article 21 - Prescription

Toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- *en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, 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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne

l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

Article 22 - Loi applicable

Conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité,
I. Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, **à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.**

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, **à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française,** et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L.225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

Article 23 - Protection des données à caractère personnel

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

DPO
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
dpo@mutuelles-entis.fr.

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités la réalisation de toute opération nécessaire à la gestion des prestations et des cotisations.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion de sa relation avec les adhérents, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation adhérent (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- pour proposer des garanties complémentaires.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

2 Destinataires des données à caractère personnel

• **Les destinataires dans le cadre des missions habituelles**

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service de développement, les personnels en charge de traiter la relation adhérent, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

• **Les personnes intéressées au contrat**

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

• **Les personnes intervenantes au contrat**

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux). Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

• **Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés**

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues par la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que la mutuelle le contacte pour lui proposer des garanties complémentaires.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : Mutuelle de France Unie, Gestion Santé - 39 rue du Jourdil – Cran-Gevrier – CS 99050 – 74992 ANNECY cedex 9 ou dpo@mutuelles-entis.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Article 24 - Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 25 - Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle de France Unie
Service réclamation
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
Ou par mail à l'adresse suivante : reclamations@mutuelles-entis.fr

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la

mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables-

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

26 - Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
Monsieur/Madame le médiateur
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

Ou par mail à l'adresse suivante : mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

Article 27 : Réglementation relative à la directive distribution assurance

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une

rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,

- Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

B - Règles de gestion spécifiques

Les règles visées ci-dessous constituent des dérogations et compléments aux règles de gestion communes visées au A « Règles de gestion communes » applicables à tous les adhérents indépendamment des garanties communes.

1. Règles de gestion spécifiques aux garanties des frontaliers et des internationaux

Article 1.1 – CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Pour les internationaux : Au moment de l'adhésion effective, l'adhérent doit être affilié à une assurance de base spécifique à ce statut.

Pour les frontaliers ayant pris la sur complémentaire soins sur Suisse, l'adhésion n'est réservée qu'aux seuls adhérents Mutuelle de France Unie Frontaliers en complémentaire. La mutuelle ne prend pas en charge les soins en rapport avec une hospitalisation, un accident.

Article 1.2 – AUTORISATION DE PLEIN DROIT ACCORDEE A LA MUTUELLE

L'adhésion au Règlement Mutualiste entraîne pour la mutuelle l'autorisation de plein droit d'effectuer des contrôles et le cas échéant de récupérer les sommes indûment versées.

Article 1.3 – PRISE D'EFFET ET POURSUITES DES GARANTIES

Pour les internationaux : L'adhérent peut inscrire sous le même contrat le (la) conjoint(e), le partenaire pacsé, concubin et les enfants à charge inscrit auprès de la même assurance de base de l'organisme international.

Article 1.4 – CHANGEMENT DE SITUATION OU DE STATUT DE L'ADHÉRENT

Durant l'adhésion, s'il se produit un changement de statut légal par exemple pour les internationaux si l'adhérent quitte l'organisation internationale et perd son statut de fonctionnaire international, dans ce cas le membre participant est tenu d'en informer immédiatement la mutuelle et de fournir les justificatifs de ce changement. Nous vous rappelons que la mutuelle peut à tout moment vous demander votre attestation d'admission à l'assurance de base.

Article 1.5 – LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

Pour les internationaux : Le nombre d'enfants soumis à cotisation est de deux enfants par adhérent.

Article 1.6 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Pour les frontaliers ayant pris la sur complémentaire soins sur Suisse, cette option étant un contrat surcomplémentaire rattaché à une option de base Omega de la MFU, en cas de résiliation ou de radiation de l'option de base, la surcomplémentaire sera automatiquement résiliée ou radiée.

Article 1.7 – Prestations

(annexe 2 : tableau de prestations)

Le taux de change appliqué pour le versement eu euros des prestations est le taux de change officiel du 1^{er} jour du mois des soins (taux consultable sur le site finance.orange.fr)

Pour les Internationaux : Le remboursement des prestations intervient en complément de l'assurance de base et sur présentation de l'avis de remboursement.

La mutuelle ne pratique pas le tiers payant pour les fonctionnaires internationaux.

Pour Tous les Frontaliers :

Accès à un service d'informations en matière fiscale, sociale et d'emploi ainsi que l'accès à un service d'assistance juridique et un abonnement à la « Lettre de l'Amicale des Frontaliers » : cette prestation est assurée par l'Amicale des Frontaliers, Association déclarée type Loi de 1901, dont le siège est situé au 15 Tartre Marin à 25500 MORTEAU,

Uniquement pour les frontaliers ayant pris la sur complémentaire soins sur Suisse : Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- Crédit annuel de 3000 euros en soins courants ambulatoires (consultation généraliste, visite, consultation spécialiste, radiologie, laboratoire, échographie, kinésithérapeute, etc...)
- Crédit annuel de 1000-euros en pharmacie

Les hospitalisations sont exclues de toute prise en charge.

Le remboursement des prestations est subordonné au versement de la cotisation dans les délais exigés et ne peut excéder la dépense engagée.

Seules les actes reconnus par l'assurance maladie suisse (LaMal ou Tarmed) sont éligibles.

Les demandes de remboursement doivent faire l'objet d'une étude, au préalable à l'envoi des documents, par le Centre National de Soins à l'Etranger (CNSE) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

La notification de décision, accompagnée des copies des factures (les originaux sont conservés par la CPAM) et justificatifs de paiement, est à transmettre à la Mutuelle. En cas d'accord du CNSE, l'adhérent devra également joindre l'original du décompte de la Sécurité Sociale où apparaît le remboursement de ces soins ; la mutuelle remboursera alors le reste à charge, dans la limite du forfait accordé.

La limite du remboursement des prestations est fixée à 24 mois après la date des soins.

Le tarif de convention pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux.

La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

La mutuelle est autorisée à exercer un contrôle sur les prestations demandées, dès la conclusion d'un contrat frontalier.

Toutes les prestations liées au tiers payant et au dispositif Noémie sont payées sous 2 jours ouvrables ; pour toutes les autres dans un délai maximum de 10 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

Article 1.8 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

Pour les internationaux : L'adhérent doit transmettre leur avis de remboursement.

Pour les frontaliers ayant pris la sur complémentaire soins sur Suisse. L'adhérent doit transmettre les originaux de ses factures de soins originales à la mutuelle en inscrivant son état civil et son numéro d'adhérent accompagnés des justificatifs de paiement, la prescription médicale, l'entente préalable.

Il devra également joindre un justificatif de prise en charge ou de refus de la part de son régime obligatoire.

Article 1.9 – DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

Il n'y a pas de délai de carence (*ou de « stage »*) pour la prise d'effet du droit aux prestations pour tout nouvel adhérent

Pour les frontaliers ayant pris la sur complémentaire soins sur Suisse : *pour les nouveaux adhérents ainsi que les anciens adhérents de la MFU non couverts antérieurement pour les soins courants sur Suisse un délai de stage de trois mois sera appliqué.*

Article 1.10 – INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANT DROITS

Pour les internationaux : Toute personne couverte par l'assurance de base de l'organisme international sera couverte également en complémentaire par nos soins (justificatif assurance de base).

2. Règles de gestion spécifiques aux garanties labellisées

Article 2.1 - Objet

Le contrat labellisé est un contrat à adhésion individuelle facultative. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACPR et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Article 2.2 - Personnel garanti et ayants droits

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
 - Leurs ayants-droits :
- le conjoint,

- le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil .

- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - ✓ les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :
 - ↳ les enfants de moins de 25 ans, étudiant, Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité.
 - ↳ les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un premier emploi.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi.

Article 2.3 - Conditions d'adhésion

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence. Sil l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.
- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

Article 2.4 - Prise d'effet des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants-droit remplissant les conditions statutaires prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le premier jour de la réception de son dossier complet par la mutuelle – cotisation comprise. Elle prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période Elle est prolongée annuellement par décision tacite à l'expiration de la 1^{ère} échéance, puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est fixée au 31 décembre.

Sur demande expresse de l'adhérent, l'adhésion peut commencer en début de mois, avec date d'effet au jour de souscription de l'adhésion (la cotisation doit couvrir le mois complet).

Article 2.5 - Montant ou taux de cotisations

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale

Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminant sont précisés en annexe.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle : Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable non compte tenu d'éventuelles pénalisations prévues à l'article 6 du présent règlement.

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 3.

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Ce fractionnement fera l'objet de frais.

Article 2.6 - Majorations de cotisation

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui 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.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 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 la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, augmentation fixée par l'arrêté, qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction, une majoration égale à 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 le 10 novembre 2011 et les retraités, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

Article 2.7 - Conditions et modalités de modification des cotisations

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés). En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié à effet du 1^{er} janvier de chaque année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires ou du Conseil d'Administration dans les conditions des statuts. .

En cas d'augmentation substantielle du barème des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1^o du décret susvisé continuera à être appliquée.

Toute modification intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 2.8 - Modalité de paiement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Article 2.9 - Ouverture des droits

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, selon la procédure détaillée à l'article 12 du présent règlement mutualiste.

Article 2.10 - Suspension et remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger
- détention à caractère pénal

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

Article 2.11 - Radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles ce présent règlement subordonne l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration ou ses mandataires.

Peuvent également être radiés, les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations.

Si l'adhérent n'a pas réglé sa cotisation 10 jours après l'échéance, la mutuelle lui envoie un courrier de mise en demeure en lettre recommandée avec accusé de réception l'informant du droit de la mutuelle à suspendre les garanties en cas de non régularisation sous un délai de 30 jours.

Le contrat pourra être suspendu 30 jours après la mise en demeure du membre participant et pourra être radié 10 jours après l'expiration du précédent délai.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures, pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement ou la régularisation de leurs cotisations.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'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 professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification, elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'événement.

.Etant entendu que l'attribution de droits à la CSS s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

Article 2.12 - -Conséquence de la cessation des garanties

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

Les adhérents radiés disposent d'un délai de 6 mois après la date d'émission de leurs décomptes Sécurité Sociale ou de leurs factures pour se faire rembourser.

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.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non majoration.

Article 2.13 - Prestations

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Celles-ci sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Ainsi, les garanties prennent notamment en charge :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention (toutefois, la prise en charge n'est pas obligatoire, selon les conditions du contrat responsable,

pour les frais de cure thermale, les médicaments remboursés à 15% et à 30% par la Sécurité sociale et les spécialités et préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques.);

- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
- le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ni exclusion ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO). Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Prise en charge de la participation visée à l'article 28 4° du Décret n° 2011-14174 du 8 novembre 2011

A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions applicables et notamment celles de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

Toutes les prestations liées au tiers payant et au dispositif Noémie sont payées sous 2 jours ouvrables ; pour toutes les autres dans un délai maximum de 10 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

Article 2.14 - Tiers-payant

Chaque adhérent complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte « Adhérent Mutualiste » permettant le tiers payant avec certaines professions de santé.

Cette carte « Adhérent Mutualiste » reste la propriété de la Mutuelle, et en demandera la restitution en cas de départ de l'adhérent (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

Article 2.15 - Modification des prestations par la mutuelle

Les prestations sont définies pour une période minimale de trois ans.

Toute modification substantielle intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 2.16 - Effets du retrait ou du non renouvellement du label

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

De plus, lorsqu'elle reçoit directement la participation de la collectivité, la mutuelle, doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

Article 2.17 - Modification du choix de la garantie par le membre participant

Le membre participant peut modifier sa couverture santé à la mutuelle en adressant une demande écrite, par lettre recommandée, un mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier. Cette modification prendra effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

Article 2.18 - Déclarations à faire auprès de la mutuelle pour le paiement des prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Lorsque les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Pour l'optique et les déplacements cure, fournir les factures acquittées.

Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent

mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit obligatoirement faire remplir un devis par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte sécurité sociale.

En cas de tiers payant, le praticien doit effectuer une demande de prise en charge auprès de la mutuelle.

Article 2.19 - Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes en cours d'hospitalisation à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les personnes qui adhèrent en cours d'année, le droit au forfait journalier hospitalier est calculé au prorata de la durée d'adhésion sur l'année civile.

Article 2.20 - Etendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national .

Tous soins à l'étranger devra obligatoirement pris en charge par l'organisme de sécurité sociale obligatoire français pour donner lieu à remboursement par la mutuelle.

Le remboursement de la mutuelle s'effectuera en complément à 100% du tarif de convention français recalculé par l'organisme obligatoire.

Article 2.21 - Obligations d'information à la charge des membres participants

Tout changement de situation, de statut, de coordonnées postales ou bancaires devra faire l'objet d'une information de la part de l'adhérent.

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur dix-huitième année, le membre participant doit fournir chaque année un certificat de scolarité au plus tard le 31 décembre de l'année en cours.

Article 2.22 - Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès n'est pas remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1^{er} jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

En cas de retrait ou non-renouvellement du label, la résiliation prendra effet à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

3. Règles de gestion spécifiques aux garanties ex MMSSP – Section 17

PARTIE I

Article 3.1 – Montant ou taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire (adhérent individuel et collectif) ou en pourcentage de la masse salariale ou du P.M.S.S. (pour certaines adhésions à caractère obligatoire). La cotisation peut être individuelle ou familiale (cf annexe 1 : barème des cotisations).

Article 3.2 - Conditions et modalités de modification des cotisations

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction des facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe, ...). Dans le cas où l'adhésion individuelle est réalisée par l'intermédiaire d'un membre participant de la mutuelle, le nouvel adhérent pourra bénéficier d'un parrainage selon la campagne organisée au moment de l'adhésion.

Le choix d'une option par un adhérent s'applique à l'ensemble des ayants droit sauf pour les Artisans Commerçants dont le conjoint et éventuellement les enfants relèvent du régime général de la Sécurité Sociale et pour les personnes prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale qui peuvent opter pour cette option spécifique.

Les changements d'option répétés ou abusifs feront l'objet d'un examen par le Conseil d'Administration.

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés). Les barèmes des cotisations sont modifiés à effet du 1^{er} janvier de chaque année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires ou du Conseil d'Administration dans les conditions des statuts. En cas de changement de taux du ticket modérateur ou autre, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations en cours d'année.

Article 3.3 - Résiliation des garanties par la mutuelle

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Peut être également radié le membre participant qui n'est plus à jour de cotisation pour une période supérieure à 3 mois. La radiation est précédée d'un rappel par lettre simple envoyée dès qu'une période de retard supérieur à deux mois est constatée. La radiation est précédée d'une mise en demeure envoyée dès que le délai de retard a dépassé 2 mois. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de trente jours. Même dans ce cas de radiation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues. Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

Le Conseil d'Administration se réserve le droit de radier ou exclure tout membre participant qui tiendra des propos incorrects vis à vis d'autres membres participants ou du Conseil d'Administration ou qui intentera toute action pouvant nuire à la réputation ou la bonne marche de la mutuelle.

Article 3.4 - Prestations (cf : tableau de prestations)

Les prestations accordées par la mutuelle sont celles figurant sur la plaquette annuelle distribuée à tous les adhérents.

Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Pour les garanties responsables, les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par la mutuelle selon les modalités et les conditions prévues par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale sont remboursées comme suit :

- la mutuelle prend notamment en charge :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention (toutefois, la prise en charge n'est pas obligatoire, selon les conditions du contrat responsable, pour les frais de cure thermale, les médicaments remboursés à 15% et à 30% par la Sécurité sociale et les spécialités et préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).);
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
- le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ni exclusion ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

- la mutuelle ne prend pas en charge la majoration de la participation mentionnée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité Sociale et laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi et la réglementation.

Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus.

- la mutuelle ne prend pas en charge la majoration de participation prévue à l'article L.161-36-2 du code de la Sécurité Sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter.

- la mutuelle ne prend pas en charge la totalité des dépassements d'honoraires dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par la loi et la réglementation.

- la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire visée à l'article L.322-2-II du code de la Sécurité Sociale ni les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13, II et III du Code de la Sécurité Sociale.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Les interdictions de prise en charge mentionnées ci-dessus sont aussi applicables aux garanties non responsables.

Les prestations de la mutuelle sont garanties dans le respect des règles définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, sans comprendre le montant de la part Sécurité Sociale. Le montant des remboursements des frais médicaux par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge effective du membre participant après tout autre remboursement.

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Article 3.5 - Délai de prise d'effet du droit aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les prothèses dentaires déjà engagées à la date d'adhésion à la mutuelle, si les soins sont en cours ou si le devis a été signé et accepté avant la date d'adhésion, les frais ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution est postérieure à l'adhésion.

4. Règles de gestion spécifiques aux garanties ex RHODIA BELLE ETOILE – Section 9

Article 4.1 Les modalités de paiement des cotisations

Pour les garanties individuelles, le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Pour les garanties collectives faisant l'objet d'un paiement groupé des cotisations, l'appel de cotisations est constitué par l'émission du listing des adhérents tel qu'il est établi au jour de l'échéance.

Article 4.2 Détermination des périodes d'ouverture des droits aux garanties

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, la durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée. Pour les contrats collectifs dont la cotisation est réglée de manière groupée, le droit aux garanties est ouvert par année civile sur la base de l'effectif déclaré par l'entreprise.

Article 4.3 Suspension ou remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger,
- service national,
- détention à caractère pénal,
- couverture complémentaire obligatoire du fait d'une embauche à durée déterminée ou indéterminée.

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit présenter toute pièce justificative de cette situation. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

Article 4.4 Résiliation des garanties par la mutuelle

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Est également radié le membre participant qui n'est plus à jour de cotisation pour une période supérieure à trois mois. La radiation est précédée d'un rappel par lettre simple envoyée dès qu'une période de retard supérieure d'un mois est constatée. La radiation est précédée d'une mise en demeure envoyée dès que le délai de retard a dépassé trois mois. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de quinze jours. Même dans ce cas de radiation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues. Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

Article 4.6 Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

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

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.

Article 4.7 Prestations

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur,
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale,
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Les prestations sont remboursées par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des

documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

- **La Mutuelle ne prend pas en charge, dans les conditions et limites fixées par les lois et règlements, la majoration de participation mentionnée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, et laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin référent ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin référent dans des hypothèses autres que celles autorisées par la loi, les règlements ou la convention médicale. Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base de l'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus.**

- La Mutuelle ne prend pas en charge les vignettes oranges (veinotoniques).
- La Mutuelle ne prend pas en charge, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter, conformément à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.
- La Mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires des médecins dès que les patients consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et la convention médicale.
- La Mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire visée à l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

Pour les garanties conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale, elles prennent notamment en charge :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention (toutefois, la prise en charge n'est pas obligatoire, selon les conditions du contrat responsable, pour les frais de cure thermale, les médicaments remboursés à 15% et à 30% par la Sécurité sociale et les spécialités et préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).);
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
- le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ni exclusion ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Article 4.8 Secours Exceptionnels

Sur délibération du Conseil d'administration ou d'une commission de secours exceptionnel mandatée par le conseil d'administration, la mutuelle peut verser une aide exceptionnelle sur des dépenses de santé non remboursées par les garanties statutaires.

Pour pouvoir délibérer le Conseil d'Administration ou la commission de secours exceptionnels demandera à l'adhérent de fournir les pièces suivantes :

- courrier détaillé expliquant la demande de secours
- Facture détaillée et acquittée des frais
- La copie du courrier de réponse de la caisse principale, pour la demande de secours.

La demande ne sera prise en compte que s'il y a acceptation du dossier, par la sécurité sociale, pour le versement d'un fonds de secours.

Article 4.9 Conditions et modalités de modification des prestations

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Si, en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

Article 4.10 Conditions et modalités de déclaration à effectuer auprès de la mutuelle en cas de prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

Si les prestations sont télétransmises via noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : sauf certains cas et en fonction des informations reçues où il pourra être demandé une facture à l'adhérent pour permettre d'effectuer le remboursement des soins, aucune autre démarche est nécessaire, mais il est toutefois conseillé de vérifier le suivi de ses règlements de prestations. Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit impérativement faire remplir une demande d'entente préalable par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte Sécurité Sociale.

Article 4.11 Étendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la Sécurité Sociale française (formulaire E.111 c), la mutuelle participe à 100% des frais laissés à la charge du membre participant par l'organisme de Sécurité Sociale du pays considéré.

Article 4.12 Informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de ses ayants droit

Dans un délai de trois mois, le membre participant est tenu d'informer la mutuelle de tout événement pouvant influencer la gestion administrative de son dossier (changement d'adresse, de situation professionnelle, mariage, divorce, année un certificat de scolarité au plus tard le 31 septembre de l'année en cours et tant que l'enfant est couvert par le régime

5. Règles de gestion spécifiques aux garanties ex Mutuelle Santé 08 – Section 18

obligatoire d'un des parents. Pour les adhésions collectives, les enfants étudiants restent couverts par l'adhérent principal jusqu'à leur 25^{ème} année, le membre participant doit fournir un certificat de scolarité et les justificatifs d'immatriculation du bénéficiaire s'il est différent.

Article 4.13 Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille. Pour un membre participant seul la cotisation versée pour la période au-delà du décès peut être remboursée si ses héritiers en font la demande dans les trois mois qui suivent le décès.

La date de radiation du contrat sera la date du décès, si la déclaration est faite avant la fin du mois qui a suivi le décès ou à la fin du mois de la date de déclaration de l'acte.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger ou dans le cadre de la mise en place d'un contrat groupe obligatoire par l'employeur, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour du mois suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Article 4.14 Modification des garanties choisies

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations est opposable à l'adhérent dès sa notification ou à la date à laquelle l'information de son existence est portée à sa connaissance.

L'adhérent peut demander la modification de sa couverture santé à la Mutuelle par voie d'avenant, en adressant une demande écrite ou en se rendant en agence un mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier.

Toute demande de changement de niveau de garantie ne peut intervenir qu'après une période de 12 mois consécutifs d'adhésion à un niveau de garantie.

Par dérogation et en fonction des situations particulières (ALD, changement de situation familiale ou professionnelle etc...), la Mutuelle pourra accepter des changements de niveau de garantie en cours d'année sur demande écrite du membre participant.

Article 5.1 Prise d'effet des garanties

Outre le membre participant, peuvent être assurés au titre de la garantie choisie, s'ils sont désignés par le membre participant :

* les membres de la famille fiscalement à charge et plus généralement :

- son conjoint, concubin ou Pacsé, qu'il exerce ou non une activité professionnelle,
- les enfants à charges répondant à la définition

suivante :

* les enfants de moins de 18 ans à charge du membre participant ou de son conjoint ou de son concubin, au sens de la législation de la Sécurité Sociale et par extension :

* les enfants de moins de 25 ans, étudiants, Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité.

* les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un premier emploi (cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de pôle emploi.)

* les apprentis de moins de 20 ans (sur présentation du contrat de travail).

- ses ascendants à charge vivant sous son toit.

Titre I démission, radiation, résiliation pour modification du risque, exclusion

Article 5.2

Les motifs de résiliation pour modification du risque sont les suivants :

- Changement de domicile (hors département),
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il en va de même de la demande de sortie du contrat par les ayants-droits, sauf en cas de perte de la qualité d'ayant droit ou de mutuelle obligatoire.

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

La résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre.

Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social:
Mutuelle de France Unie.
Service résiliations
39 rue du Jourdil
CS 59 029
74 991 ANNECY CEDEX 9

- Soit par email à l'adresse unique suivante : :
radiation.sante@mutuelles-entis.fr

- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante
<https://www.mutuelledefranceunie.fr>,

- Soit par déclaration faite au siège social ou dans l'un des bureaux de la mutuelle dont la liste figure sur le site à l'adresse suivante : <https://www.mutuelledefranceunie.fr> et remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités.

Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en ait reçu notification par le membre participant.

Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre.

Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoires visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.

Article 5.3

Sont également radiés, les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation, dans les conditions citées à l'article 13 du présent règlement. Les radiations sont prononcées par le Directeur de la Mutuelle, sur délégation du Conseil d'Administration.

Article 5.4

Peuvent être exclu les membres qui auraient volontairement porté un préjudice dûment constaté aux intérêts de la Mutuelle. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif, est convoqué, s'il le souhaite, par le Directeur pour être entendu, sur les faits qui lui sont reprochés. Un rapport sera fait au Conseil d'Administration.

Titre II Cotisations, prestations

Chapitre 1 : Obligations des membres envers la mutuelle

Section 1 : droit d'admission

Article 5.5

Les membres participants paient un droit d'adhésion de 15 €, quel que soit la garantie souscrite, il est versé au moment de la signature de la demande d'adhésion, par tout moyen.

Section 2 : cotisations

Article 5.6

Les cotisations sont annuelles, mais les membres participants ont la possibilité d'effectuer les règlements de cotisations,

mensuellement ou trimestriellement, (au choix) qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. La cotisation est individuelle ou familiale. Elle peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, etc. ou d'un prélèvement sur salaire.

Remboursement des cotisations :

- En cas du décès de l'assuré en cours d'année, les cotisations versées d'avance, ne donneront pas lieu à un remboursement, la cotisation étant annuelle.
- En cas du décès d'un des membres de la famille, la modification de la situation familiale qui détermine la cotisation interviendra au 1^{er} jour du mois suivant la date de dépôt du certificat de décès. Il n'y aura pas de remboursement des cotisations versées entre le jour du décès et le jour du changement de situation familiale.
- PUMA, le dossier sera clôturé à sa date d'attribution. Les cotisations versées entre le jour d'attribution de celle-ci et le jour de réception de l'attestation de la PUMA seront remboursées, déduction faites des frais de prestations supportées par la mutuelle pendant cette période. Si ces frais dépassent le montant de la cotisation perçue, le membre participant devra rembourser la mutuelle du dépassement.

En cas de portabilité du contrat, le membre participant est dispensé du règlement de sa cotisation. Pour continuer de bénéficier de cette exonération, il devra fournir une « attestation de paiement » délivrée par pôle emploi. Celle-ci devra impérativement être transmise à la mutuelle au plus tard le 15 du mois suivant l'indemnisation. En cas de non-respect de cette disposition, la Mutuelle procédera à la radiation au 1^{er} jour du mois en cours.

Article 5.7

A défaut du paiement d'une cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance (le 10 de chaque mois), la Mutuelle adresse un premier courrier simple de rappel, augmenté de frais de traitement ; au dernier domicile connu.

A défaut de paiement de deux cotisations, la mutuelle adresse un second courrier aux mêmes conditions et suspend les garanties prévues par le contrat.

A défaut de paiement de trois cotisations, la Mutuelle adresse un courrier en recommandé avec accusé de réception, augmenté des frais postaux en vigueur. Dix jours après l'envoi de ce courrier, sans réponse du membre, elle procède à la radiation du dossier, le premier jour du mois suivant. La mutuelle est en droit d'exiger le paiement des cotisations dues, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Article 5.8

Après six mois de sociétariat et sur présentation de documents officiels, la mutuelle accordera, si la garantie le prévoit, une dispense de cotisations en cas de mariage ou de naissance (disposition relative à la gratuité naissance applicable jusqu'au 31/12/2022). (Enfant inscrit comme bénéficiaire).

Article 5.9

Les membres qui démissionnent de la Mutuelle pour une raison indépendante de leur volonté peuvent, s'ils souhaitent redevenir membre participant ultérieurement, rester adhérent en tant que membre honoraire en versant une cotisation annuelle égale à un douzième de leur cotisation antérieure.

Article 5.10

Pour recevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 5.11

Le montant des cotisations, pour chaque catégorie, est fixé chaque année par l'assemblée générale ou, par délégation de l'assemblée générale, par le conseil d'administration.

Article 5.12

Le membre participant, sauf demande de sa part, est dispensé du paiement de ses cotisations durant les périodes d'activité du service national, ainsi qu'en cas de mobilisation ou de captivité.

Article 5.13

Le membre participant qui a effectué un service légal obligatoire, a été mobilisé ou retenue en captivité, bénéficie de plein droit, dès retour, des avantages de la Mutuelle pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Section 3 : Prestations et changement de garantie

Article 5.14

Lorsque l'option de garantie demandée est supérieure à la garantie en vigueur. Pendant deux années, le membre participant ne pourra opter pour une garantie inférieure, sauf dérogation accordée par la Commission Sociale.

Article 5.15

Lorsque l'option de garantie demandée est inférieure à la garantie en vigueur, la prise en compte intervient le 1^{er} jour du mois suivant la demande, dans le cas où il n'a pas été versé de prestations forfaitaires dans les six mois précédents. Détail : Grand appareillage, optique, dentaire, prothèses auditives et cure thermique. Dans le cas contraire, la modification interviendra six mois après la demande. Pendant deux années, le membre participant ne pourra opter pour une garantie supérieure, sauf dérogation accordée par la Commission Sociale.

Article 5.16

Le montant des prestations, la durée de versement, le rythme annuel sont déterminés par la garantie choisie par le membre participant. Les remboursements ne pourront s'effectuer que sur présentation de documents (exemple : factures).

Le remboursement des frais s'effectue dans la limite des dépenses engagées par l'assuré ou pourcentages exprimés sur la base de remboursement du régime général, aux tarifs et taux, ainsi que dans le cadre des dispositions réglementaires.

En l'absence de fourniture, par le membre participant d'un certificat de radiation, le délai de carence pour bénéficier de l'ensemble des forfaits, y compris la prise en charge des factures de chambres particulières sera de trois mois pour les garanties Bravo, Soprano, Roller, Rodéo, Essentiel, Détente, Tranquillité, Sécurité, Zen et Bien-être et six mois pour les garanties Maestro, Ultimo, Raid, Rush, Confort, Sérénité, Harmonie et Optimum et gamme plénitude.

Pour pouvoir bénéficier du forfait auditif, le membre participant ainsi que ses ayants droits doit avoir un an d'ancienneté au sein de la Mutuelle.

En cas de portabilité du contrat, le non-respect des conditions prévues à l'article 12 du règlement mutualiste entraînera le remboursement des prestations versées entre le 1^{er} et le 15 du mois en cours.

Conformément à l'article L.221-5 III du Code de la Mutualité, toute modification des garanties liées à la mise en conformité avec la réglementation applicable dans le cadre des contrats responsables est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur.

Aide à domicile :

La mutuelle met à disposition du membre participant dont l'ancienneté d'adhésion est supérieure à 1 an, une aide à domicile afin d'effectuer 8h de prestations de services (maximum de 2 prestations par année civile) liées à une hospitalisation ou un accident, selon les conditions ci-dessous.

Cette prestation est étendue au conjoint sous les mêmes conditions.

- en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours avec situation invalidante et justificatif médical,
- en cas d'accident avec situation invalidante et justificatif médical (soins externe à l'hôpital, SAMU)

Délai de demande d'assistance :

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance auprès de la mutuelle, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 5 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile
- La sortie d'une hospitalisation

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Article 5.17

Pour les garanties responsables, les prestations d'assurance maladie complémentaires fournies par la mutuelle selon les modalités et les conditions prévues par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale sont remboursées comme suit :

- la mutuelle prend notamment en charge :
 - le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention (toutefois, la prise en charge n'est pas obligatoire, selon les conditions du contrat responsable, pour les frais de cure thermique, les médicaments remboursés à 15% et à 30% par la Sécurité sociale et les spécialités et préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).);
 - les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
 - le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ni exclusion ;
 - un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

- la mutuelle ne prend pas en charge, dans les conditions et **limites prévues par les lois et règlements, la majoration de participation mentionnée à l'article L.162-5-3 du code la sécurité sociale et laissé à la charge de l'assuré et de ses ayants droits qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des hypothèses autres que celles autorisées par la loi, les règlements ou la convention médicale.**

Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus.

- la mutuelle ne prend pas en charge dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter, conformément à l'article L.161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- la mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires des médecins dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et la convention médicale.
- La mutuelle ne prend en charge la participation forfaitaire citée à l'article L.322-2-II du code de la sécurité sociale.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Les interdictions de prise en charge mentionnées ci-dessus sont aussi applicables aux garanties non responsables.

Article 5.18

Le membre participant pourra bénéficier de tiers payant sur la part complémentaire avec les professionnels de santé et tous les établissements publics et privés avec qui, la Mutuelle a établi une convention.

Article 5.19

Le paiement des prestations – remboursements complémentaires de soins ou prestations forfaitaires- ne pourra être réclamé au-delà d'une année suivant la date des soins de l'évènement donnant droit à une prime.

Article 5.20

La mutuelle verse à titre exceptionnel, et dans la limite des budgets prévus, des secours à ses membres participants, sur avis de la Commission Sociale désignée par le Conseil d'administration, et sous condition de revenu (non-imposition du demandeur) et sur présentation de tous documents justifiant de la dépense.

Documents à fournir lors de la demande :

- Courrier de demande d'aide financière,
- Courrier de demande d'aide envoyé à la CPAM et décision de celle-ci
- Facture acquittée
- Avis d'imposition de l'année

Plafond des aides : pour un reste à charge ne dépassant pas 200 €, le montant de l'aide ne pourra excéder 80% de celui-ci. Pour un reste à charge supérieur à 200€ le montant de l'aide ne pourra excéder 50% des frais réels. Ces aides ne pourront être accordées qu'une seule fois par an et par famille.

6.Règles de gestion spécifiques aux garanties ex MUTUELLE FOURMIES - section 18

6.1 Règles générales de gestion spécifiques aux garanties ex MUTUELLE FOURMIES - section 18

Article 1 Ayants-droit

Sont considérés comme ayants droit :

- les enfants jusqu'à 16 ans **ou jusque l'âge de 30 ans s'ils sont étudiants**, (Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée,
pour les plus de 21 ans, un certificat de scolarité ;
 - en contrat d'apprentissage ou sans emploi - les enfants de moins de 21 ans en recherche d'un premier emploi.
- Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi.

Les options : jeune-1-2-3-4, pourront être proposées aux membres participants des contrats individuels.

Article 2 Modification de niveau de garantie

Lorsque le contrat souscrit présente plusieurs niveaux de garanties ou de produits, l'affilié devra se référer aux conditions contractuelles afférentes pour connaître les modalités de changements de niveaux.

A défaut de dispositions spécifiques, le changement de niveau vers un niveau inférieur ne peut être opéré qu'après un an de cotisations dans le contrat choisi, avec délai de prévenance de 1 mois. Le changement de niveau vers un niveau supérieur s'effectue à la date souhaitée par l'affilié sauf disposition particulière fixée dans les conditions générales au 1er jour d'un trimestre civil avec un délai de prévenance d'un mois.

Article 3 Garanties – Date d'effet des garanties

Le droit aux prestations prend effet : Immédiatement après l'adhésion,

- à la date d'effet du contrat d'adhésion ou de

l'avenant au contrat d'adhésion,

- ou à la date d'effet prévue au bulletin d'affiliation

- pour les membres venant d'une autre mutuelle où ils étaient à jour de cotisations, sauf :

Pour : le forfait pour la naissance (10 mois de cotisations à la date de naissance)

Pour : le secours pour frais funéraires (douze mois de cotisations à la date du décès).

un délai de trois mois, à tous les autres cas, sauf :

Pour : le forfait pour la naissance (10 mois de cotisations à la date de naissance)

Pour le secours pour frais funéraires (douze mois de cotisations à la date du décès).

Pour : - honoraires de médecins OPTAM et non OPTAM

- auxiliaires médicaux, biologie, transport médical,

- forfait journalier, honoraires hospitaliers et frais de séjour,

- soins, prothèses et orthodontie pour le dentaire

- transport d'urgence

- médicaments remboursés à 65%

- optique pour le TM

aucun délai de stage.

6.2 Règles de gestion spécifiques aux garanties ex MUTUELLE FOURMIES- Section 18 - Gamme labellisée - Sante Territoriale

Article 6.2.1. Objet et formation du contrat mutualiste

Le contrat mutualiste est constitué des statuts, du règlement intérieur, du bulletin d'adhésion et **du règlement mutualiste Gamme labellisée SANTE TERRITORIALE**

« Contrats OPTION2 – OPTION3 - OPTION4 »

Il comprend les cotisations et les prestations correspondantes au contrat choisi, contrat labellisé pour les agents territoriaux.

Le contrat labellisé est un contrat à adhésion individuelle facultative. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelables par l'un des prestataires habilités par l'ACPR et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents actifs et aux retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents., **et dans le respect des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent le statut de « contrat responsable ».**

Le membre participant, (celui qui, en échange du paiement régulier d'une cotisation bénéficie des prestations de la Mutuelle), signataire adhère à la Mutuelle Familiale de Fourmies ainsi que ses ayants droit dans les conditions citées à l'article 2 du présent règlement.

Article 6.2.2- BENEFICIAIRES

Sont concernés :

Les fonctionnaires, agents actifs titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale) et les agents retraités dans le cadre de la mise en place de dispositifs de solidarité dans les conditions prévues au décret 2011-1474 du 8/11/2011.

L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire est facultative pour :

- les agents désignés ci-dessus

- les ayants droit :

- le conjoint, le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un

Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil.

- les enfants à charge répondant à la définition suivante :

- les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin

et, par extension :

- les enfants de moins de 25 ans, étudiant, Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 21 ans, un certificat de scolarité.

- les enfants de moins de 21 ans en recherche d'un premier emploi. Cette affiliation est effectuée

sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi. L'adhérent devra fournir à cet effet

toutes les pièces nécessaires à la justification des différents critères énoncés ci dessus.

A noter que les ayants droit sont tenus de cotiser dans la même option que le chef de famille sous lequel leurs droits sont ouverts à la sécurité sociale.

- Nota : Les agents en congé de longue durée :
 - Congé parental d'éducation,
 - Congé sans solde,
 - Congé pour création d'entreprise,
 - Congé individuel de formation,
 - Congé sabbatique...

bénéficient des garanties prestations et cotisations du régime ainsi que la participation.

Article 6.2.3- CONDITIONS D'ADHESION

La gamme santé territoriale comporte 3 contrats labellisés : « Option2 – Option3 – Option4 » joints en annexe 1.

Pour adhérer à l'un de ces contrats, un bulletin d'adhésion est rempli et signé. La signature du bulletin d'adhésion vaut acceptation des conditions fixées aux statuts et règlements.

Les nouveaux membres participants à la Mutuelle s'engagent à effectuer leur adhésion pour une durée d'un an minimum.

Le contrat mutualiste vient à échéance au 31 décembre de chaque année. Il est reconduit de plein droit par tacite reconduction par période annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions définies par les statuts ou le présent règlement. Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion. L'adhésion n'est soumise à aucune sélection médicale ou exclusion liée à une pathologie antérieure à la date de prise d'effet du contrat.

Les adhésions sont enregistrées pour le 1er de chaque mois, il n'y a pas de prorata temporis. Chaque nouveau membre participant sera invité à retourner à la Mutuelle, un bulletin d'affiliation dûment rempli, accompagné de la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire, du justificatif de garantie de référence du précédent organisme, de l'entête de son bulletin de salaire et du certificat de scolarité, pour l'enregistrement du dossier par la Mutuelle (cotisations comprises si nécessaires) pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an.

Le changement d'option, s'effectue à la demande de l'adhérent ou du correspondant de La collectivité dans un délai d'un mois, d'une garantie inférieure à une garantie supérieure uniquement, sans possibilité de revenir en garantie inférieure, sauf cas particulier. La Mutuelle Familiale se réserve le droit de refuser.

Le membre participant peut solliciter une diminution de ses garanties uniquement s'il peut justifier de 12 mois révolus passés dans la garantie précédemment souscrite.

Aucune limite d'âge n'est fixée pour solliciter un changement d'option.

Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la Mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.

Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.

Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence

depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

Article 6.2.4 - MODIFICATION DES BENEFICIAIRES

Le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle de tout événement pouvant influencer la gestion administrative de son dossier (changement d'adresse, de situation professionnelle, mariage, concubinage, pacs, divorce, décès, naissance, adoption, dispositions résultant de la loi portant création de la couverture maladie universelle et des décrets d'applications) et de fournir les justificatifs nécessaires. Il pourra être demandé tout justificatif pour s'assurer de la poursuite de la qualité de certains ayants droit.

Article 6.2.5 - DUREE DU REGLEMENT MUTUALISTE LABELLISE « CONTRATS OPTION2 - OPTION3 - OPTION4 »

Le label est accordé pour une durée de trois ans.

Seuls seront pris en charge les frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation effectués postérieurement à la date d'effet du contrat et de la date d'ouverture des droits du membre participant et de sa famille reconnue à charge.

Toute modification substantielle intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Dans un délai de deux mois précédant l'expiration de cette période, les contrats peuvent faire l'objet d'une demande de renouvellement du label, instruite dans les mêmes conditions que la délivrance de celui-ci. Le retrait ou le non renouvellement prend effet à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

Article 6.2.6 – Les prestations

Les garanties de cette gamme santé territoriale « contrats Option2-Option3-Option4 »

sont décrites en annexe 1, et ont pour objet principal de compléter le remboursement des frais

médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation effectué par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire.

Les garanties de ces contrats option2 –option3-option4 sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les frais qui ne seraient pas pris en charge par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire ne donneront lieu à aucun remboursement sauf, le cas échéant, pour certaines garanties déterminées en annexe 1.

- Le droit aux prestations prend effet : Immédiatement après l'adhésion, pour les membres venant d'une autre mutuelle où ils étaient à jour de cotisations, sauf pour la naissance (10 mois de cotisations à la date de naissance) et au secours pour frais funéraires (douze mois de cotisations à la date du décès).

- un délai de trois mois, à tous les autres cas saufs :

- honoraires de médecins OPTAM et non OPTAM
- auxiliaires médicaux, biologie, transport médical,
- forfait journalier, honoraires hospitaliers et frais de séjour,
- soins, prothèses et orthodontie pour le dentaire
- transport d'urgence
- médicaments remboursés à 65%
- optique pour le TM.

dans ces cas, pas de délai de stage

– sauf également pour la naissance (10 mois de cotisations à la date de naissance) et au secours pour frais funéraires (12 mois de cotisations à la date du décès).

Action Sociale : Un secours aux frais funéraires est accordé après 12 mois de cotisations

continues en cas de décès. Cette action sociale s'exerce dans le cadre d'un crédit alloué annuellement par l'assemblée générale. Cette aide attribuée par une commission constituée

au sein du conseil d'administration, prend en compte certains critères tels les ressources du foyer

du demandeur, sa situation familiale...Egalement une seule délivrance par an par bénéficiaire pour l'optique, sauf cas particuliers qui seront traités dans les mêmes conditions que l'action sociale. Toute feuille de décompte présentée vingt quatre mois après la date de remboursement de la sécurité sociale et autre régime est périmée et non remboursable.

Les garanties de cette gamme santé territoriale « contrats Option2-Option3-Option4 » décrites en annexe 1 sont en conformité avec les dispositions de l'article L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises.

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

- Franchise de 18 € :

L'Assurance Maladie Obligatoire laisse à la charge des assurés sociaux 18€ pour les actes médicaux ou examens cliniques dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 50. Ce forfait est pris en charge par la Mutuelle.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

En tout état de cause, les garanties visées aux présentes respectent en tout point les dispositions des articles L 871-1 et suivant et R 871-1 et suivant applicables aux contrats responsables.

Article 6.2.7 - PLAFOND DES PRESTATIONS

En aucun cas, les prestations servies en application du présent règlement ne pourront, en

s'ajoutant à celles de même nature qui seraient servies par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire, permettre à l'intéressé de recevoir des sommes supérieures à la dépense réellement engagée.

Article 6.2.8 - ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

Après l'enregistrement du bulletin d'affiliation du membre participant et de ses ayants droit, il lui est remis une Carte mutualiste permettant le tiers payant avec certaines professions de santé. 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.

Cette carte mutualiste reste la propriété de la Mutuelle, et en demandera la restitution en cas de départ de l'adhérent (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins Postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

Les prestations prévues au présent contrat ne sont dues que pour les actes médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Les prestations garanties par la Mutuelle seront versées directement aux intéressés sur production :

- des décomptes de remboursements établis soit par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie, ou soit par télétransmission via Noémie (le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire ») sauf opposition écrite de l'adhérent.

- éventuellement de toutes autres pièces (notes d'honoraires, factures acquittées, sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtu de sa signature portant mention du nom et prénom de l'adhérent et du bénéficiaire...).

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

Tous soins à l'étranger devront obligatoirement être pris en charge par l'organisme de sécurité sociale obligatoire français pour donner lieu à remboursement par la mutuelle. Le remboursement de la Mutuelle s'effectuera en complément à 100% du tarif de convention français recalculé par l'organisme obligatoire.

Article 6.2.9 - FORCLUSION

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximal de vingt-quatre mois à compter de la date du traitement du dossier par le régime obligatoire.

Article 6.2.10. LA RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les Statuts subordonnent l'admission. Sont également radiés, les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations depuis **selon les conditions rappelées à l'article 14 du présent règlement mutualiste.**

La radiation n'excluant pas le règlement des cotisations, la Mutuelle procédera au recouvrement des cotisations dues.

Article 6.2.11 - SUSPENSION DES PRESTATIONS : CONSEQUENCES DE LA CESSATION DES GARANTIES

Le paiement des prestations sera suspendu à compter du jour où l'intéressé ne remplira plus les conditions prévues par le présent règlement, sauf pour les soins antérieurs au changement de situation.

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

Lorsqu'un membre participant souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque le membre participant ne se voit pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non majoration.

Article 6.2.12 – COTISATIONS

Le montant des cotisations de la gamme santé territoriale « contrats Option2-Option3-Option4 sont précisés en annexe 1, du présent règlement.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, conformément aux statuts.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Unions) ou techniques (caisses autonomes, caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlement de ces organismes. S'ajoute également la taxe de solidarité additionnelle (TSA) Nouvel article L862-4 du Code de la sécurité sociale (LFSS 2015). La cotisation est fixée forfaitairement. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent moduler leur participation dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire (en euros) par agent, et vient en déduction de la cotisation due par les agents.

La participation est versée soit directement aux agents, soit aux organismes qui la répercutent intégralement en déduction de la cotisation due par l'agent.

Les cotisations sont établies par année et payables mensuellement.

a) Les montants et taux de cotisation :

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale.

Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminants sont précisés en annexe 1.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droit peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres.

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle :

Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable non compte tenu d'éventuelles pénalisations prévues à l'article 13-b du présent règlement.

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 2.

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

De plus, lorsqu'elle reçoit directement la participation de la collectivité, la mutuelle, doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

Si un contrat perd son label, les périodes écoulées postérieurement sont prises en compte comme une durée de cotisation jusqu'au 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. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

b) Majorations de cotisations :

Lorsque l'adhésion de l'agent au contrat est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 Novembre 2011, intervient plus de deux ans après cette date. La cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui 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.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre la publication du 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 la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, augmentation fixée par l'arrêté.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction de la publication du décret du 8 Novembre 2011 et pour les retraités, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats labellisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence. L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations. Les périodes antérieures à la date de publication du présent décret ne font pas l'objet de majoration.

c) Modalités de modification des cotisations :

Les cotisations peuvent être réactualisées en fonction de :

- l'évolution des dépenses de santé enregistrées au cours de l'année civile écoulée, la variation de l'indice officiel de la consommation médicale (les données de la Caisse Nationale Assurance Maladie, Fédération Nationale de la Mutualité Française...),
- le désengagement de la Sécurité sociale et la mise en place de nouvelles mesures gouvernementales imposées par le législateur,
- l'équilibre de la convention (rapport prestations/cotisations). Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation

consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

En cas d'augmentation substantielle du barème des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1° du décret susvisé continuera à être appliquée.

Toute modification intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 6.2.13 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La participation est versée en déduction de la cotisation due par l'agent :

- soit directement aux agents :

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Conformément à l'article L221-7 du code de la Mutualité, le défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, entraîne l'envoi d'une lettre de mise en demeure en recommandé avec AR, informant qu'en cas de non régularisation du paiement des cotisations, la mutuelle procédera à la radiation du contrat.

La garantie ne pourra être suspendue que 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties **10 jours** après l'expiration du 1er délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent. Dans le cas d'un prélèvement automatique mensuel, si une échéance s'avère impayée, celle-ci est automatiquement redevable le mois suivant et s'ajoute à la mensualité prévue initialement.

Si deux échéances mensuelles sont rejetées, les prélèvements sont suspendus et le membre participant devra alors s'acquitter de sa cotisation tous les trimestres par chèque ou espèces.

D'une manière générale tout mois commencé est dû, sauf dérogation légale ou conventionnelle.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures, pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement ou la régularisation de leurs cotisations.

- soit aux organismes qui la répercutent intégralement :

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle adresse un courrier de mise en demeure à la collectivité effectuée par pli recommandé l'informant que la garantie sera suspendue à défaut de règlement dans les 30 jours.

La Mutuelle sera en droit de résilier le contrat passer un nouveau délai de 10 jours sans régularisation.

Article 6.2.14 - SORTIE DE COLLECTIVITE

Les agents qui demandent la liquidation des droits à la retraite peuvent continuer à bénéficier des mêmes garanties que les agents en activité.

Tous les agents dans le cadre d'une rupture de leur contrat de travail, ont la possibilité d'adhérer dans l'une des options individuelles de la mutuelle.

La demande de changement de garantie prend effet au plus tard à la fin du mois en cours.

Article 6.2.15 - COMPTES TECHNIQUES

Dans le cas où la participation est versée à la Mutuelle, celle-ci tient une comptabilité permettant de retracer l'utilisation des participations reçues en complémentaire santé.

7. Règles de gestion spécifiques aux garanties ex Mutuelle de France Loire Haute-Loire - Section 8

7.1 Règles de gestion spécifiques aux garanties ex Mutuelle de France Loire Haute-Loire - Section 8 - Garanties individuelle RUBIS-DIAMANT-100% INVALIDITE TOTALE

Chaque année, la Mutuelle présentera aux prestataires habilités les comptes techniques du contrat. Les prestations étant comptabilisées en dates de soins, les comptes techniques soldés ne pourront être établis qu'à partir du mois de juin suivant l'année de l'exercice considéré.

Article 6.2.16 - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Une information générale sur le présent dispositif est assurée par le ministre chargé des collectivités territoriales, qui publie et tient à jour par voie électronique la liste des contrats labellisés.

Celle-ci comporte le nom de l'organisme, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

La Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (C.N.R.A.C.L.) et l'Institution de Retraite complémentaire des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités publiques (I.R.C.A.N.T.E.C.) publient, par tous moyens, cette information à destination des retraités.

Chaque membre participant qui adhère au contrat recevra les statuts et règlements de la mutuelle, les modifications statutaires sont portées à sa connaissance et lui sont opposables dès qu'il est mis en capacité d'en prendre connaissance.

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité, la loi applicable est la loi française et les tribunaux compétents les tribunaux français, selon les règles de compétence matérielle et territoriale prévues par le droit français.

Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », le membre participant ou titulaire bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant ainsi que ses ayants droit, détenues par la Mutuelle en s'adressant au siège social de cette dernière.

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex.

Les garanties en fonction des options choisies peuvent être responsables ou non responsables.

1. Les montants ou les taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire ou en pourcentage de la masse salariale. La cotisation est individuelle ou familiale.

2. Conditions et modalités de modification des cotisations

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (*antécédents médicaux, sexe,...*).

Pour les contrats individuels, en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.

3. Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Il n'y a pas de délai (ou de « stage ») pour la prise d'effet du droit aux prestations, sauf pour les nouveaux adhérents individuels, et non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois :

- *pour les risques : appareillage, toutes prothèses, cure thermale, hospitalisations (forfait, chambre particulière), dentaire, optique : stage de trois mois ;*
- *pour l'ensemble des risques, pour les nouveaux adhérents de plus de 50 ans : stage de 6 mois*
- *pour les frais liés à la maternité : stage de neuf mois.*

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les prothèses dentaires déjà engagés à la date d'adhésion à la mutuelle, si les soins sont en cours ou si le devis a été signé et accepté avant la date d'adhésion, les frais ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution est postérieure à l'adhésion.

7.2 Règles de gestion spécifiques aux garanties ex Mutuelle de France Loire Haute-Loire – Section 8 - Garanties NEO (ex OMEGA)

1. LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation du membre participant et de ses ayants-droit est définie de manière forfaitaire. Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des options différentes. Les enfants souscrivent la même option que l'adhérent auquel ils sont rattachés.

2. CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants-droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe).

En fonction du niveau de couverture de l'option souscrite, le nombre d'enfants soumis à cotisation est évolutif :

- deux enfants par adhérent sont soumis à cotisation pour les niveaux de garantie NEO 0999 (ex Oméga 10), NEO 1038 (ex Oméga 15), NEO 1040 (ex Oméga 20), NEO 1041 (ex Oméga 25) et NEO 1206 (ex Oméga 30)
- trois enfants par adhérent sont soumis à cotisation pour les niveaux de garantie à partir de NEO 1565 (ex Oméga 35)

En cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.

En cas de mariage, si le conjoint – non couvert par la mutuelle antérieurement – est inscrit dans un délai de trois mois, il bénéficie de la gratuité de cotisation sur les trois premiers mois.

8.Règles de gestion spécifiques relatives à la garantie SOLID'R

La garantie SOLID'R est une garantie santé responsable. L'adhésion est ouverte aux nouveaux adhérents de la section de l'Oise et de la section des Landes de la Mutuelle de France Unie. Il n'est pas possible pour un adhérent qui a déjà souscrit une garantie auprès de la Mutuelle de France Unie, en contrat individuel, toutes sections confondues, de modifier sa garantie actuelle en garantie Solid'R.

L'enfant est couvert jusqu'au 31 décembre de son 26^{ème} anniversaire.

Il n'y a pas de limite d'âge pour l'adhésion à cette garantie.

La cotisation est calculée en composition familiale (1 adulte, 1 adulte + 1 enfant, 2 adultes, etc...) et en tranche d'âge (jusqu'à 25 ans inclus, de 26 à 61 ans inclus, 62 ans et +) ; tous les adhérents et ayants-droits payent une cotisation.

9.Règles de gestion spécifiques relatives aux garanties ex MMCA

Article 1. Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

Le bénéficiaire d'une Complémentaire Santé Solidaire entraîne la résiliation anticipée du contrat à dater du premier jour du mois qui suit la présentation du justificatif de l'ouverture de ses droits par le membre participant.

Article 2. Cotisations

Tout nouvel adhérent bénéficie d'un mois gratuit de cotisation, correspondant au 4^e mois de cotisation, sous réserve d'être à jour de ses cotisations à cette date.

Tout adhérent peut bénéficier à sa demande d'un chèque de parrainage d'un montant de 30 €, pour adhésion d'un filleul -hors conjoint et ayant droit -, après paiement de la cotisation du 3^e mois d'adhésion du filleul.

La cotisation des garanties « PRIMO, TRADITION, TRADITION +, CONFORT est majorée de 10 % lorsque l'âge à l'adhésion du porteur du contrat est supérieur à 70 ans. Cette cotisation majorée est diminuée de 5 % tous les 3 ans à concurrence de la cotisation de base.

Tout adhérent « Nouveau retraité » (ancien bénéficiaire d'un contrat collectif obligatoire) bénéficie d'un abattement sur les cotisations Tradition, Tradition +, Confort, en cas d'adhésion Individuelle ou DUO (2 personnes), de :

- 20 % - la 1^{ère} année d'adhésion (et jusqu'à la fin de l'année civile qui suit)
- 15 % - la 2^e année d'adhésion et jusqu'à l'âge de 65 ans
- 10 % - à 66 ans
- 5 % - à 67 ans

Article 3. Changement de garantie en cours d'adhésion

Si l'adhérent désire augmenter ses garanties, la modification prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la modification, s'il s'agit d'une hausse des garanties. S'il s'agit d'une baisse des garanties, celles-ci prennent effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la demande.

Article 4. Assistance santé

La garantie Assistance est assurée par Garantie Assistance - 38 rue La Bruyère - 75009 Paris (SIREN 312 517 493) par l'intermédiaire de la COGEMUT - 26 bis boulevard de Strasbourg - 94130 Nogent sur Marne (SIREN 408 184 208), n° AZUR 0 810 244 246 (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en indiquant le code d'accès au service (975) et le numéro d'adhérent).

Article 6. Risques exclus

Outre les exclusions relatives aux conditions du contrat responsable énumérées à l'article 8, sont exclus de la garantie de la Mutuelle : les transports liés aux cures thermales, les frais de séjour liés aux cures thermales, si le séjour n'est pas effectué en milieu hospitalier, les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements esthétiques, sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la Mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction). Par ailleurs et à l'exception des actes qui doivent obligatoirement être pris en charge dans les garanties remplissant les critères du contrat responsable, en application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, sont également exclus : les soins, actes médicaux ou

hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants : guerre civile ou étrangère et autre cataclysme tels que tremblement de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent, actes commis volontairement par l'adhérent, participation effective à une émeute ou un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense, explosion d'un engin ou partie d'engin atomique, radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits de déchets radioactifs, accident résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, de tout sport. Des exclusions peuvent être spécifiques à certaines garanties et figurent dans ce cas aux garanties définies en annexes.

10. Règles de gestion spécifiques relatives aux garanties ex LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX

ARTICLE 1. CONDITIONS D'ADHESION MEMBRES PARTICIPANTS

➤ Peuvent adhérer à la mutuelle :

- les agents territoriaux en activité qui sont soumis au régime de sécurité sociale prévu par le décret n° 6058 du 11 janvier 1960 ;
- Les agents permanents détachés ou mis à disposition par la collectivité territoriale ou l'établissement public dont ils relèvent ;
- Les agents contractuels embauchés en contrats à durée déterminée
- Les fonctionnaires de l'Etat exerçant leurs fonctions au service d'une collectivité territoriale
- Les agents de la Fraternelle et du comité social du personnel de la ville de Grenoble, et des comités sociaux du personnel des collectivités
- Les retraités territoriaux issus des personnels des collectivités, établissements ou organismes visés par le présent article
- Les agents en congé postnatal accordé par l'employeur pour élever un enfant pendant toute la durée prévue par le statut du personnel territorial
- Les agents en disponibilité pour convenances personnelles
- Les ascendants, les conjoints, concubins et partenaires, et les descendants des personnels visés ci-dessus, justifiant d'un foyer fiscal distinct ou disposant d'un revenu professionnel distinct ;
- Les conjoints divorcés et concubins séparés, pendant un an ou jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint l'âge de 3 ans ;

- Les salariés de droit privé exerçant des missions de service public pour le compte d'une personne morale de droit public ou assimilé.

Le bénéfice des prestations et services de la mutuelle est accordé aux membres de la famille des membres participants disposant de la qualité d'ayant droit dans les conditions des statuts et par dérogation du règlement mutualiste.

Sont considérés comme ayants-droit du membre participant :

- Les conjoints, concubins, pacsés, enfants appartenant au même foyer fiscal,
- Les ascendants et descendants à charge fiscalement,
- Les enfants étudiants ou salariés de moins de 28 ans vivant sous le toit de l'assuré ;

ARTICLE 2. OBLIGATIONS D'INFORMATIONS A LA CHARGE DES MEMBRES PARTICIPANTS

Les membres participants sont tenus d'informer la mutuelle de toute modification intervenant dans la composition des membres

de la famille, ayants-droit ou nouveaux ayants-droit des membres participants.

Les changements de catégorie découlant de l'évolution du nombre de personnes bénéficiant des garanties et avantages de la mutuelle sont effectifs le premier jour du mois où la nouvelle catégorie prend effet.

Les membres participants sont tenus d'informer les services de la mutuelle de leur changement d'adresse.

En cas d'accident avec un tiers, les membres doivent informer la mutuelle afin que celle-ci puisse exercer un recours auprès de l'assureur du tiers.

Article 3. PRESTATIONS OFFERTES AUX MEMBRES PARTICIPANTS

Les prestations accordées par la mutuelle sont fonction du choix de la garantie effectuée par le membre participant, pour lui-même et pour ses bénéficiaires. Dans tous les cas, le montant cumulé Sécurité Sociale et mutuelle ne peut être supérieur à la dépense réelle effectuée.

Elles s'imposent à tous les membres de la famille du membre participant inscrits à la mutuelle ce qui signifie qu'une garantie est systématiquement appliquée à l'ensemble de la famille.

Les membres participants adhérant à un contrat individuel peuvent bénéficier des garanties suivantes :

Garantie Balade, Randonnée, Alpinisme, Ascension, OPT1, OPT2, OPT3, PLEN3 et Ingenio.

La mutuelle assure le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité Sociale.

Le détail des prestations est indiqué en annexe jointe.

Article 4. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise - pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. Elle est prolongée annuellement par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Les ayants droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins notoires, et enfants jusqu'à 28 ans appartenant au même foyer fiscal.

Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 28 ans.

Sont également considérés comme ayant droits, sans limitation d'âge, les enfants devenus titulaires, avant leurs 21 ans, de la carte d'invalidité civile et bénéficiant de l'Allocation d'Adulte Handicapé, rattachés au même foyer fiscal que l'adhérent (sur justificatifs d'allocation adulte handicapé et d'appartenance au foyer fiscal).

Seuls seront pris en charge les frais médicaux ou chirurgicaux effectués postérieurement à la date d'adhésion à la mutuelle du membre participant ou de l'ayant-droit concerné.

Article 5. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX COTISATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

Le montant des cotisations varie en fonction de la composition familiale, du niveau de garantie choisi et de l'âge d'adhérent.

Cette cotisation est payable par avance par prélèvement sur le compte bancaire ou postal du membre participant, par chèque ou espèces ou encore par prélèvement sur salaire.

Tout frais occasionné à la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX pour cause de défaut de paiement d'un membre participant ou d'une

personne morale souscriptrice d'un contrat collectif, sera intégralement pris en charge par le membre participant ou la personne morale souscriptrice.

Cette cotisation est appelée selon le choix du membre participant, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement pour l'ensemble des membres.

Sauf dispositions particulières définies à l'article 28 du présent règlement mutualiste, aucune dispense de cotisation ne peut être accordée aux adhérents.

Les montants et taux de cotisations sont définis en annexe.

11. Règles de gestion spécifiques contrats soumis aux dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ex LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX

Article 1. OBJET

Le contrat labélisé est un contrat à adhésion individuel. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACPR et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Article 2. PERSONNEL GARANTI ET AYANTS DROITS

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.

- Leurs ayants-droits correspondant aux personnes appartenant au même foyer fiscal sous réserve que leur régime social l'autorise, et toute personne à charge au sens fiscal.

Article 3. CONDITIONS D'ADHESION

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.

Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.

- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de

référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

Article 4. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants-droit remplissant les conditions statutaires est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle – cotisation comprise – pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. Elle est prolongée annuellement par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Sur demande expresse de l'adhérent, l'adhésion peut commencer en début de mois, avec date d'effet au jour de souscription de l'adhésion (la cotisation doit couvrir le mois complet).

Article 5. MONTANT OU TAUX DE COTISATIONS

La cotisation est définie par tranches d'âge. Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminants sont précisés en annexe.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 3.

Il est ici également précisé que les cotisations peuvent être modulées en fonction de la date d'adhésion des agents au dispositif de couverture.

Article 6. MODALITE DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être réglées annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

Article 7. MAJORATIONS DE COTISATION

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui 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.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 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 la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, majoration prévue par l'arrêté susvisé qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction une majoration égale à 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 le 10 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier

organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

Article 8. CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS

Le barème des cotisations peut évoluer en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre ou des éventuels transferts de charge obligatoires sur les régimes complémentaires. Il peut être modifié annuellement sur décision de l'Assemblée Générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions de l'article L 114-11 du Code de la Mutualité.

Cependant, en cas d'augmentation des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1° du décret susvisé continuera à être appliquée.

Toute modification du contrat intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 9. SUSPENSION ET REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger
- détention à caractère pénal

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

Article 10. CONSEQUENCE DE LA CESSATION DES GARANTIES

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

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.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non majoration.

Dans les conditions prévues par l'article 6 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les adhérents quittant la collectivité ou étant admis à la retraite, pourront continuer à être couverts par la mutuelle tant qu'ils le souhaitent.

Article 11. LES PRESTATIONS

Les garanties souscrites sont décrites en annexe.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Celles-ci sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Elles respectent les minima de prise en charge obligatoire, les règles relatives aux remboursements des médecins adhérent ou non aux

dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, les règles relatives aux planchers et plafonds optiques et aux planchers de remboursement des soins prothétiques dentaires.

Participation forfaitaire et franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004

Liste disponible auprès de la mutuelle.

Prise en charge de la participation visée à l'article 28 4° du Décret n° 2011-14174 du 8 novembre 2011

A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées revêtent un caractère indicatif ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les pourcentages de remboursement de la mutuelle sont toujours calculés en pourcentage des tarifs de base du remboursement du régime obligatoire.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

Sont également incluses les séances de consultations de psychologues conformément à l'article L162-58 Code de la sécurité sociale et le forfait patient urgences conformément à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale.

Toutes les prestations sont payées sous 5 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

Article 12. TIERS PAYANT

Les prestations garanties par la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX sont soumises aux dispositions légales applicables en matière de tiers payant.

Article 13. MODIFICATION DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE

Les prestations sont définies pour une période de trois ans. Toute modification substantielle intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 14. MODIFICATION DU CHOIX DE LA GARANTIE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le changement de garantie ne peut avoir lieu qu'au premier jour de l'année civile. Le changement pour une garantie inférieure ne peut intervenir qu'après une adhésion d'une durée minimum de trois ans. La demande doit être faite par écrit au moins deux mois avant cette date.

ARTICLE 15. OBLIGATIONS D'INFORMATIONS A LA CHARGE DES MEMBRES PARTICIPANTS

Les membres participants sont tenus d'informer la mutuelle de toute modification intervenant dans la composition des membres de la famille, ayants-droit ou nouveaux ayants-droit des membres participants.

Les changements de catégorie découlant de l'évolution du nombre de personnes bénéficiant des garanties et avantages de la mutuelle sont effectifs le premier jour du mois où la nouvelle catégorie prend effet.

Les membres participants sont tenus d'informer les services de la mutuelle de leur changement d'adresse.

En cas d'accident avec un tiers, les membres doivent informer la mutuelle afin que celle-ci puisse exercer un recours auprès de l'assureur du tiers.

Article 16. EFFETS DU RETRAIT OU DU NON-RENOUVELLEMENT DU LABEL

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

Lorsque la mutuelle reçoit directement la participation de la collectivité, elle doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

Article 17. CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPEE

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès n'est pas remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1er jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

En cas de retrait ou non-renouvellement du label ; la résiliation prendra effet à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité, En outre, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession ou

de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification, elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'évènement.

La mutuelle doit rembourser à l'adhérent 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.

II – Particularités en fonction des garanties

Délais d'accès aux prestations selon les garanties

Pour les contrats responsables pendant ces délais de stage, la mutuelle ne prendra en charge que le ticket modérateur sur tous les soins (médecine, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, appareillage, cure thermale, transports) dont la prise en charge est obligatoire dans le cadre du contrat responsable ainsi que le forfait journalier en cas d'hospitalisation médicale pour laquelle le régime obligatoire intervient.

Ex MGLS (section 8)

Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Il n'y a pas de délai (ou de « stage ») pour la prise d'effet du droit aux prestations, sauf pour les nouveaux adhérents individuels, et non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois :

3. *pour les risques : appareillage, toutes prothèses, cure thermale, hospitalisations (forfait, chambre particulière), dentaire, optique : stage de trois mois ; pour l'ensemble des risques, pour les nouveaux adhérents de plus de 50 ans : stage de 6 mois*
4. *pour les frais liés à la maternité : stage de neuf mois.*

Ex MGO (section 10)

Pas de délais de stage

Ex MPAS (section 11)

Délais de stage

- *soins médicaux = 3 mois*
- *hospitalisation = 6 mois*
- *cure thermale = 6 mois*
- *allocation décès = 12 mois.*

Ex DASSAULT

Pas de délais de stage

MUPAS (section 11)

Délais de stage

- *La garantie peut être accordée à l'expiration d'un délai de stage :*
- *Soins médicaux (immédiat), optiques, dentaires, appareillage : après une période de stage de 6 mois*
- *Hospitalisation : après une période de stage de 6 mois*
- *Forfait accouchement : après une période de stage de 12 mois*
- *Cures thermales : après une période de stage de 12 mois*
- *Aide action sociale Décès : après une période de stage de 24 mois*
- *Garantie santé SENIORS (acte hospitalisation) : après une période de stage de 6 mois*
- *Prothèse auditive : après une période de stage de 12 mois*

Sont exonérés de période de stage :

- les adhérents qui peuvent justifier qu'ils bénéficiaient, antérieurement à leur inscription, des garanties similaires au titre d'un régime de prévoyance proposé par une mutuelle et qui produisent à cet effet un certificat de radiation du précédent organisme de moins de 3 mois.
- les soins consécutifs à un accident
- Les assurés bénéficiaires de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (C2S)

Gamme Omega :

Délais de stage :

- *Il n'y a pas de délai de stage (ou d'attente) pour la prise d'effet du droit aux prestations sauf pour les nouveaux adhérents choisissant une couverture équivalente ou supérieure à Oméga 25 et non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois :*
- *Stage de 3 mois pour les actes médicaux, la pharmacie, appareillages, transports, cures thermales*
- *Stage de 6 mois pour l'hospitalisation sauf accident, dentaire et optique*

Passage à une option inférieure

Le passage sur une option inférieure, en plus des cas prévus à l'article 18 des règles communes (partie 1-1), n'est possible que dans les cas où les événements suivants interviennent en cours d'année sur présentation d'un justificatif :

- modification de la situation familiale
- inscription de l'assuré ou de son conjoint à l'assurance chômage
- départ en retraite

Un avenant au contrat sera établi selon les modalités ci-dessus sur la base des prestations de la nouvelle option.

Mutuelle de France :

- Pour les adhésions individuelles, la garantie Obsèques n'est octroyée qu'en cas de survenance du décès avant le jour anniversaire des soixante-dix ans du membre participant ou de ses ayants droit.

Ex MFL (section 16)

Prime naissance accordée uniquement si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption, l'adhésion prenant alors effet le 1^{er} jour suivant la date de l'évènement. Passé ce délai, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La cotisation afférente est due à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'enfant.

Ex MCA (section 14)

Garantie Hospit' : Il s'agit d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation à compter du 4^{ème} jour et jusqu'au 90^{ème} jour d'hospitalisation.

Le crédit allocation est limité à 90 jours par année civile.

Le stage pour bénéficiaire de l'allocation est de 6 mois.

L'allocation n'est pas servie en cas d'hospitalisation dans une maison de retraite, maison de repos, centre neuropsychiatrique et maternité.

L'allocation est de 3.20 € par jour.

[...]

Ex RHODIA BELLE ETOILE (section 8)

Il n'y a pas de délai (ou de « stage ») pour la prise d'effet du droit aux prestations.

Les prestations ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les personnes qui adhèrent en cours d'année, le droit au forfait journalier hospitalier, et toute autre prestation forfaitaire est calculé au prorata de la durée d'adhésion sur l'année civile.

Pour les prothèses dentaires déjà engagées à la date d'adhésion à la mutuelle, si les soins sont en cours ou si le devis a été signé et accepté avant la date d'adhésion, les frais ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution est postérieure à l'adhésion.

Ex Mutuelle Santé O8 (section 18)

En l'absence de fourniture, par le membre participant d'un certificat de radiation, le délai de carence pour bénéficier de l'ensemble des forfaits, y compris la prise en charge des factures de chambres particulières sera de trois mois pour les garanties Bravo, Soprano, Roller, Rodéo, Essentiel, Détente, Tranquillité, Sécurité, Zen et Bien-être et six mois pour les garanties Maestro, Ultimo, Raid, Rush, Confort, Sérénité, Harmonie et Optimum et gamme plénitude.

Pour pouvoir bénéficier du forfait auditif, le membre participant ainsi que ses ayants droits doit avoir un an d'ancienneté au sein de la Mutuelle.

Aide à domicile :

La mutuelle met à disposition du membre participant dont l'ancienneté d'adhésion est supérieure à 1 an, une aide à domicile afin d'effectuer 8h de prestations de services (maximum de 2 prestations par année civile) liées à une hospitalisation ou un accident, selon les conditions ci-dessous.

Cette prestation est étendue au conjoint sous les mêmes conditions.

- en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours avec situation invalidante et justificatif médical,
- en cas d'accident avec situation invalidante et justificatif médical (soins externes à l'hôpital, SAMU)

Délai de demande d'assistance :

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance auprès de la mutuelle, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 5 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile
- La sortie d'une hospitalisation

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Ex Mutuelle FOURMIES (section 19)

Pour : le forfait pour la naissance (10 mois de cotisations à la date de naissance)

Pour : le secours pour frais funéraires (douze mois de cotisations à la date du décès).

un délai de trois mois, à tous les autres cas, sauf :

Pour : le forfait pour la naissance (10 mois de cotisations à la date de naissance)

Pour le secours pour frais funéraires (douze mois de cotisations à la date du décès).

Pour : - honoraires de médecins OPTAM et non OPTAM

- auxiliaires médicaux, biologie, transport médical,
- forfait journalier, honoraires hospitaliers et frais de séjour,
- soins, prothèses et orthodontie pour le dentaire
- transport d'urgence
- médicaments remboursés à 65%
- optique pour le TM

aucun délai de stage.

III – Particularités en fonction des cotisations

Ex M Santé (-+aq 12)

- gratuité naissance : 1 mois de cotisation, cette disposition est applicable jusqu'au 31/12/2022
- gratuité mariage : non
- nombre d'enfants cotisants : 2

Ex MGLS (section 8)

Pour les garanties individuelles : cotisations adulte/enfant – gratuité à partir du 3ème enfant- gratuité nouveau-né jusqu'au 1^{er} anniversaire – pas de gratuité mariage

Ex MGO (section 10)

La gratuité naissance n'existe que pour la Gamme des Territoriaux, cette disposition est applicable jusqu'au 31/12/2022.

- Pour les gammes individuelles la cotisation famille est à partir de 3 personnes ou 3 personnes & +.(donc gratuit à partir de 4ème personne)
- Pas de gratuité mariage ou PACS

Ex MPAS (section 11)

Pas de gratuite naissance (disposition applicable jusqu'au 31/12/2022) et mariage.

Ex MUPAS (section 11)

Gratuité à partir du deuxième enfant : familles vivant en couple

Gratuité à partir du troisième enfant : familles monoparentales

Omega

En fonction de l'option souscrite, le nombre d'enfants soumis à cotisation est évolutif :

- deux enfants par adhérent sont soumis à cotisation pour les options Oméga éco, 10, 15, 20, 25 et 30
- tous les enfants sont soumis à cotisation pour les options 35, 40 et 45

En cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à ses 6 mois ; cette disposition est applicable jusqu'au 31/12/2022.

Mutuelles de France autres garanties :

- en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à ses 6 mois, cette disposition est applicable jusqu'au 31/12/2022
- pas de gratuité mariage
- pas de remise chômage
- Options confiance, excellence, avantage, équilibre, Harmonie, Hospitalisation : 2 enfants sont soumis à cotisation
- Option essentiel : 1 enfant est soumis à cotisation
- Options privilège et optimum : 3 enfants sont soumis à cotisation
- Les membres participants s'acquittant de l'intégralité de leur cotisation annuelle avant le 10 janvier de l'année en cours, ils bénéficient d'une remise forfaitaire dont le montant est le suivant : (annexe 2 : tableau)

Ex MASP (section 13)

Pour les garanties Jeunes et Plénitudes Standards le nombre maximum d'enfants payants est de 2.

Ex MGB (section 15)

- Pour les contrats individuels, en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire, .-En cas de mariage, si le conjoint — non couvert par la mutuelle antérieurement — est inscrit dans un délai de trois mois, il bénéficie de la gratuité de cotisation sur les six premiers mois. [...]

Annexe 2 : détails des cotisations garanties par garanties

Intégration des cotisations propres aux garanties MASP, MGB Mutuelle Familiale du Loiret et MCA

Ex MFLHL- Garantie NEO (section 8)

En cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.

En cas de mariage, si le conjoint – non couvert par la mutuelle antérieurement – est inscrit dans un délai de trois mois, il bénéficie de la gratuité de cotisation sur les trois premiers mois.

Ex MFLHL- Garantie RUBIS-DIAMANT- 100% INVALIDITE TOTALE (section 8)

En cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.

Gamme Fonction Publique : TEO - LEO – HOP

En cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.

Gamme LABEL et LABEL P

Gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant (2 enfants cotisants).

La cotisation est définie en fonction de l'âge de l'adhérent et de la zone géographique définie en annexe.

28 - FRAUDE

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchus de tous droits, en cas de détection par la mutuelle d'une fraude ou d'un délit commis par l'adhérent ou l'un de ses ayants droits au préjudice de la mutuelle, en lien ou impactant les garanties souscrites.

La fraude résulte notamment de toute fausse déclaration volontaire, de toute omission volontaire ou de toute production de faux ou usage de faux.

Dans ce cas, les garanties prennent fin à la date de notification du constat de fraude ou de délit par la Mutuelle, les cotisations échues demeurent acquises à la Mutuelle, qui est autorisée à recouvrer les prestations indûment versées.