



# Règlement Mutualiste

## **OBLIGATIONS de la MUTUELLE et des ADHERENTS.**

### **INFORMATION DES MEMBRES DANS LE CADRE DU CONTRAT OBLIGATOIRE**

Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice qui reprend la définition des garanties prévues au contrat d'assurance collective et leurs modalités d'application (droits et obligations des membres participants et de leurs ayants droit).

La remise de cette notice au membre participant ainsi que sa mise à jour incombe à l'employeur (Article 221-6 du Code de la Mutualité).

### **INFORMATION DES FUTURS MEMBRES (ADHESIONS INDIVIDUELLES) ET DELAI DE REFLEXION**

La mutuelle remet au futur membre un bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste, le règlement intérieur ainsi que la plaquette des prestations et cotisations.

La prise en charge du nouveau membre ainsi que de ses ayants droit sera effective au bout de 8 jours après la signature du bulletin d'adhésion (Article L 221-4 du Code de la Mutualité).

### **ADHESION ET DEFINITION DES DIFFERENTES CATEGORIES DE MEMBRES DE LA MUTUELLE. (Art: L114-1 du code de la Mutualité).**

**A - Adhésion :** Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

**B - Catégorie des membres :** Les bénéficiaires se répartissent selon les catégories :

- les membres honoraires qui sont des personnes morales qui paient une cotisation mais ne peuvent percevoir des prestations (entreprise dans le cas du contrat collectif)
- les membres participants.
- les ayants droit.

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant sont définies dans les statuts.

**NB 1 :** Les bénéficiaires de la CMU peuvent demander par écrit la suspension de leurs droits auprès de la mutuelle. Lors de leur demande de retour par écrit, leurs droits à la mutuelle seront réouverts sans conditions.

**NB 2 :** Les bénéficiaires de l'ANI (portabilité des droits) acquittent leurs cotisations par paiement sur leur solde de tout compte. Ils peuvent ensuite, par demande écrite auprès de la mutuelle dans le mois qui précède la fin de leur droit ANI, rester membre participant de la mutuelle (avec leurs ayants droit) en remplissant un bulletin d'adhésion.

### **OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE.**

**1-Cotisation :** Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle qui est affectée à la couverture des prestations assurées.

Le non paiement de cette cotisation entraîne une radiation, sans délai, et ceci après avoir effectué les démarches de relance qui se sont révélées infructueuses. Ses ayants droit sont assujettis à cette même règle.

Le montant de la cotisation sur proposition de la commission Prestations/Cotisations est décidé par le Conseil d'Administration qui a reçu délégation de l'Assemblée Générale.

Cette cotisation comprend les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

**NB** : Lors du décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit ayant payé sa cotisation trimestrielle en début de terme, il sera remboursé à la famille le prorata de ladite cotisation au mois calendaire complet restant à courir.

## **2- Obligations du membre participant :**

Par la signature du bulletin d'adhésion, le membre participant s'engage à respecter le règlement et les statuts de la mutuelle.

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

## **OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS.**

### **Préambule**

"L'Assemblée, consciente d'une part de la nécessité de favoriser, dans l'intérêt du patient, le respect du parcours de soins et d'autre part de maintenir les exonérations fiscales et sociales dont bénéficient les garanties mutualistes et plus particulièrement de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance, décide d'adapter ses règlements mutualistes en fonction du cahier des charges fixé par les lois et règlements". En conséquence, les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par les mutuelles 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 en charge, dans les conditions fixées par les lois et règlements, les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale et aux prescriptions de celui-ci ;

→ 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 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 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 pas en charge les dépassements d'honoraires des médecins, sauf lors d'intervention chirurgicale dans la limite de 30% de la base Sécurité Sociale ;

→ La mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire visée à l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité Sociale.

## **1- Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :**

### **A- MALADIE.** (Voir tableau annuel des prestations et cotisations)

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut pas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant.

#### **Néanmoins :**

- *la mutuelle ne prend pas en charge les médicaments pris à moins de 35% par le régime de base*
- *pour percevoir les forfaits accordés par la mutuelle, chaque adhérent doit présenter la facture dans un délai de 12 mois (date de soins). Passé ce délai, plus de remboursement possible.*

### **B- CHIRURGIE.** (Voir tableau annuel des prestations et cotisations)

### **C- ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES.**

(Versées prioritairement à l'organisme chargé des obsèques)

Sur présentation :

- d'un bulletin de décès.
- de toute pièce justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires.
- de la facture de l'organisme chargé des obsèques.

## **2- Informations des membres participants :**

Un exemplaire des statuts, du règlement mutualiste et du règlement intérieur sont remis aux adhérents lors de l'adhésion.

Les modifications statutaires votées par l'Assemblée Générale sont portées à leur connaissance.

Ils sont informés :

-des services et établissements d'action sociale gérés par la mutuelle et de ceux auxquels ils peuvent avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du Code de la Mutualité.

-des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Le 22/04/2010