

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : objet

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Par dérogation, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la mutuelle et la personne morale souscriteur. Le règlement est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Article 2 : modalités d'affiliation (sauf dispositions particulières)

L'engagement réciproque du membre participant ou du membre honoraire et de la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou le cas échéant, d'un contrat collectif lequel définit les droits et obligations existant entre les parties. L'adhésion n'est soumise à aucun droit d'entrée ni frais de dossier, ni autre cotisation. L'adhérent choisit librement ses praticiens, ses pharmaciens, opticiens et fournisseurs divers et ses établissements de soins.

Pour les opérations individuelles régies par le présent règlement, la mutuelle remet au membre participant ou au futur membre participant un bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement ou une fiche d'informations sur la garantie choisie qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

Le paragraphe précédant ne concerne pas les régimes collectifs dérogatoires qui reçoivent indépendamment un contrat spécifique établissant leurs droits et devoirs suivant les prestations octroyées. Sont considérés comme entreprise, toutes entités justifiant d'un numéro SIRET. En contrat collectif, ds dispositions spécifiques peuvent déroger à ces règles.

Sauf impossibilité laissée à l'appréciation du Conseil d'Administration, la mutuelle n'accepte l'adhésion d'enfants d'un membre participant que si tous les enfants à charge, vivant sous le même toit en part partie, ou si leur inscription, dans la même garantie, est demandée en même temps.

Si le bulletin d'adhésion est reçu avant le 16 du mois, l'adhésion prend effet au 1^{er} du même mois. Si le bulletin d'adhésion parvient après le 15 du mois en cours, l'adhésion prend effet le 1^{er} du mois suivant.

Lors de la signature du bulletin d'adhésion, le membre participant s'engage à fournir la copie des attestations vitales de l'ensemble des membres bénéficiaires.

Toute modification du règlement décidée par l'Assemblée Générale de la mutuelle doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires de la mutuelle, en particulier toute modification du règlement concernant le contrat et ses modalités de modification.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant. En contrat collectif, des dispositions spécifiques peuvent déroger à ces règles.

Article 3 : catégories de membres bénéficiaires (sauf dispositions particulières)

Les membres bénéficiaires des garanties sont les membres participants et leurs ayants droit. Leurs garanties principales ne peuvent être différentes de celles de l'adhérent.

Sont admis au régime complémentaire maladie toutes les personnes affiliées à un régime de sécurité sociale en vertu de la législation française.

Sont considérés comme bénéficiaires de la garantie, outre les membres adhérents, ses ayants droit tels que définis ci-après :

- son conjoint à charge au sens de la sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale.
- en l'absence de conjoint légitime, le concubin à charge au sens de la sécurité sociale et sous réserve de fournir une attestation sur l'honneur de concubinage, le concubin exerçant une activité professionnelle et immatriculé à la sécurité sociale sous son propre nom,
- ses enfants, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint (ou concubin) à charge au sens de la sécurité sociale, poursuivant ses études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de sécurité sociale des étudiants sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activités rémunérées pendant plus de trois mois et sur présentation du certificat de scolarité chaque année;
- ses enfants âgés de moins de 21 ans sous contrat d'apprentissage,
- ses enfants quel que soient leurs âges s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 313 du code de la sécurité sociale,
- ses ascendants ou ceux de son conjoint (ou concubin) à charge au sens de la sécurité sociale.

Les membres bénéficiaires relèvent des différentes catégories énumérées ci-après en fonction de la formule choisie. Les membres bénéficiaires relèvent des différentes formules choisies et énumérées au Chapitre 4 dudit règlement.

Age limite d'adhésion

Sans limite.

Article 4 : cotisations (sauf dispositions particulières)

Les cotisations sont fonction du choix de la garantie souhaitée, de la formule choisie (comprenant ou non l'extension, les modules Bien-être ou les renforts), de la tranche d'âge (pour les compositions familiales, la tranche d'âge retenue étant celle de l'adhérent le plus âgé) et du nombre de personnes couvertes. Elles sont fixées par l'Assemblée Générale et revues à chaque chaque date d'anniversaire du ou des bénéficiaires.

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

Il est possible d'acquitter ses cotisations annuellement, semestriellement par chèque ou par prélèvement automatique pour toutes les périodicités (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). Pour les adhérents ayant souscrit l'extension ou les modules Bien-Etre, les deux cotisations sont appelées en une seule fois.

Cette cotisation inclut le paiement destiné à des organismes supérieurs (unions) ou techniques (caisse autonomes, caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlement

de ces organismes. En outre, elle comprend également le financement de la Couverture Maladie Universelle, la Taxe Sur les Convention d'Assurances qui sont reversées directement à l'Etat, et de tout autre taxe imposée.

Les cotisations sont revues annuellement par le Conseil d'administration sur délégation (conformement au pouvoir qui lui a été conféré par l'Assemblée Générale) qui prend en considération l'équilibre observé sur les contrats ou chaque catégorie de contrat et l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. Les cotisations peuvent être revues dans l'année si la situation financière le nécessite.

La cotisation est individuelle. Elle est fixée de manière forfaitaire. Les membres honoraires paient une cotisation annuelle d'un montant minimum de 1,00 € y compris les adhérents des modules Bien-Être correspondant à l'adhésion à l'Association.

1^{er} versement

Lorsqu'une adhésion prend effet au cours d'un trimestre civil, le 1^{er} versement est calculé au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin du trimestre en cours.

Versements ultérieurs

Les versements des cotisations sont payables par trimestre d'avance sur appel de la mutuelle avec possibilité de fractionnement mensuel pour les adhérents ayant opté pour le prélèvement automatique.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 5 : paiement de la cotisation

En cas de retard dans le paiement des cotisations, l'adhérent est redevable de plein droit d'une majoration de 10% par trimestre de retard.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue 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 40 jours après l'expiration du délai prévu à l'alinéa ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. Toutefois la mutuelle se réserve le droit de résilier automatiquement le membre participant à compter du 3^{ème} impayé constaté sur une période de 12 mois.Pour toute radiation prononcée par la mutuelle, le Conseil d'Administration se réserve le droit d'accepter ou de refuser toute nouvelle demande d'adhésion de l'intéressé.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été encaissés par 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.

Dans les contrats collectifs, lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, ces mêmes règles s'appliquent à leur égard.

Article 6 : la prescription (sauf dispositions particulières)

Toutes les actions sont prescrites par 27 mois à compter de l'événement qui y donne naissance. Passé ce délai, l'action de l'assuré (ou celle de la mutuelle) n'est plus recevable.

Toutefois, ce délai ne court :

1^o) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant , que du jour où la mutuelle en a connaissance.

2^o) 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 membre 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 à été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par tout moyen de droit commun ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 7 : La déclaration du risque (sauf dispositions particulières)

Lors de la signature du bulletin d'adhésion, le membre participant doit répondre avec exactitude aux questions posées dans le respect des dispositions de l'article L 112-1 du code de la mutualité.

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'aurait lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 8 : Cessation de l'adhésion et du bénéfice de la garantie ou résiliation du contrat (sauf dispositions particulières)

Pour les opérations individuelles, en cas de survenance d'un

des événements exceptionnels suivants :

- Changement de domicile hors d'un département de la France métropolitaine et de départements d'Outre-mer ou cessation des prestations de la sécurité sociale en vertu de la législation française ou affiliation obligatoire du fait de l'employeur; 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 qu'à la fin de l'échéance. Dans ce cas, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à partir de la date de résiliation (fin du trimestre civil en cours).

La carte d'adhérent est délivrée pour l'année civile en cours. Elle doit être immédiatement restituée à la MFF en cas de radiation. Toute utilisation frauduleuse ou abusive est passible de poursuites. La résiliation s'applique simultanément à l'ensemble des contrats souscrits.

Article 9 : faculté de résiliation annuelle (sauf dispositions particulières)

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriteur, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant la date de l'échéance. Conformément à la Loi Chatel du 28 Janvier 2005, l'adhérent individuel dispose d'un délai de 20 jours (la date de la poste faisant foi) pour dénoncer son contrat après réception de son nouvel échéancier de cotisations en retournant avec sa demande, l'échéancier concerné avec sa carte d'adhérent. La mutuelle peut, dans dans les mêmes conditions de délais, résilier le contrat collectif, à l'exception des opérations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L 112-1 du Code de la Mutualité.

Article 10 : ouverture des droits aux prestations

Pour bénéficier des prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations, même si la date des prestations est antérieure à la date des cotisations dues.

CHAPITRE 3 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

SECTION 1 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

Article 11 (sauf dispositions particulières)

Les prestations accordées par la mutuelle sont fonction de la, ou des catégories, dans lesquelles le membre adhérent est inscrit et cotise uniquement pour les soins prescrits et pratiqués en France.

Tout membre bénéficiaire doit, en règle générale, cotiser à la mutuelle pendant une certaine période avant de pouvoir bénéficier des prestations auxquelles il peut prétendre.

Le droit aux prestations prend effet soit immédiatement après l'adhésion, soit dans un délai de 4 à 12 mois, selon les catégories de prestations. La durée de ces stages est précisée ci-dessous :

- * aucun délai de carence n'est appliqué pour tous les tickets modérateurs ou suppléments en maladie (consultations, consultations d'ostéopathe ou d'étiopathie, radiologie, pharmacie, analyse, soins dentaires, vaccins, toutes les séances composant les garanties bien-être...)
 - * 4 mois pour les hospitalisations (médicales ou chirurgicales), l'optique, les cures thermales, les prothèses et implants dentaires, les prothèses auditives.
 - * 10 mois pour l'aide à la naissance ou à l'adoption.
 - * 12 mois pour le risque décès (risque couvert par AIG).
- Les enfants qui seront inscrits dès leur naissance ne subiront aucun stage.

En cas de transfert de mutuelle à mutuelle, les stages déjà effectués dans la première mutuelle sont supprimés pour les risques couverts par celle-ci, aux quatre réserves suivantes :

- 1) que le certificat de radiation soit fourni à la MFF dans les deux mois qui suivent la date de cessation de l'ancienne affiliation.
- 2) que l'adhésion à la MFF soit prise avec effet au lendemain de la radiation de l'ancien organisme sans interruption des cotisations;
- 3) que les bénéficiaires qui adhèrent soient couverts pour les mêmes risques;
- 4) pour les risques non couverts antérieurement, les stages ci-dessus mentionnés seront appliqués.

Pour le transfert des catégories inférieures vers les catégories supérieures, un stage de 4 mois sera demandé pour les risques non couverts dans les précédentes catégories. Dans ce cas, un minimum de 2 ans de cotisations doit être observé avant toute nouvelle modification de catégorie. En cas de nouveau changement, celui-ci sera considéré comme définitif.

Ne sont en aucun cas couverts par la mutuelle :les accidents du travail et maladies professionnelles, les suites de rixe, émeute, suicide ou tentative de suicide, les accidents sportifs à titre professionnel les accidents couverts généralement par une assurance spécialisée (assurance voiture, scolaire, sportive...), les affections congénitales sauf si l'enfant est inscrit à la mutuelle dès le premier jour du mois qui suit sa naissance, les soins à caractère purement esthétique, les victimes d'un viol.

Article 12 : l'engagement de la Mutuelle (sauf dispositions particulières)

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

Cette disposition ne concerne pas les prestations forfaitaires prévues par le présent règlement et sans lien avec une perte de revenu.

Article 13

Le règlement des prestations est effectué par virement sur compte bancaire ou postal du membre adhérent. Un avertissement par courrier électronique sera adressé à chaque paiement. Un relevé mensuel de remboursements sera adressé regroupant les différents paiements effectués durant cette période.

Article 14 (sauf dispositions particulières)

Les remboursements sont liés exclusivement aux soins prescrits et pratiqués en France.

La date prise en compte par la mutuelle pour tout remboursement est celle indiquée sur le décompte de la sécurité sociale, et à défaut la date de prescription, essentiellement pour les actes suivants : densitométrie osseuse, lentilles, lunettes, pilules contraceptives et désintoxication tabagique...(liste non exhaustive).

Toute demande de remboursement doit comprendre les pièces justificatives suivantes :

- * *au titre des prestations santé :*

☛Pour l'ensemble des actes ayant donné lieu à un remboursement : l'original du décompte de la sécurité sociale ou de tout autre organisme obligatoire;

☛Pour les actes, n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la sécurité sociale, mais indemnisés au titre de la garantie souscrite : une facture acquittée essentiellement pour les prestations suivantes (accompagnée, s'il y a lieu, de l'ordonnance) : lentilles refusées, densitométrie osseuse, désintoxication tabagique, analyses hors nomenclature, intervention ophtalmologique au laser, implants dentaires, cure thermique...(liste non exhaustive).

☛Pour les analyses hors nomenclature (analyse, prélèvements sanguins), les factures doivent être accompagnées de la prescription médicale et avoir été effectuées dans un organisme de soins agréé français.

☛Les actes suivants : prothèses dentaires, implants dentaires, orthodontie, optiques et prothèses auditives devront être soumis à entente préalable par l'envoi d'un devis à la MFF et obtenir un avis favorable avant commencement des travaux.

- * *au titre de l'hospitalisation :*

☛une facture détaillée acquittée des frais de séjour et/ou des frais d'accompagnement

☛une facture acquittée pour les dépassements d'honoraires du chirurgien et/ou de l'anesthésiste.

La prise en charge par la mutuelle, transfert inclus est limitée, par bénéficiaire, à 90 jours par année civile dans le limite de 30 jours par hospitalisation pour le ticket modérateur et la chambre particulière et de 45 jours pour le forfait journalier (sauf Cap Santé : 30 jours).

Par transfert, il est entendu tout changement d'établissement, quelle qu'en soit la nature, qui fait suite à une première hospitalisation (autre hôpital, établissement de convalescence, maison de repos...).

- * *au titre des prestations familiales :*

☛le bulletin de naissance

☛le certificat émanant de l'Aide Sociale à l'enfance ou d'une œuvre d'adoption autorisée attestant du placement de l'enfant en vue de son adoption plénière et précisant l'âge ou la date de naissance de l'adopté ou, à défaut, celui du jugement d'Adoption plénière.

L'aide à la naissance ou à l'adoption ne peut être attribuée qu'une seule fois par enfant né viable, quel que soit le nombre d'adhérents ou de cotisants pouvant y prétendre.

Pour les membres adhérents qui bénéficient des échanges de télétransmission avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, toutes pièces précisant les actes codifiés et nominatifs représentant les frais engagés lorsque la catégorie de leur adhésion permet le remboursement des dépassement d'honoraires (Lunettes, dentaire, etc...)

Les pièces justificatives seront conservées par la mutuelle. Aucune photocopie ou attestation ne seront admises. La mutuelle se réserve le droit à tout instant de faire contrôler par un médecin conseil ou un expert toute prestation qui semblerait injustifiée. Dans le cas d'un contrôle positif, les prestations peuvent être suspendues et le mutualiste convoqué devant le Conseil d'Administration de la mutuelle.

Article 15 - forclusion (sauf dispositions particulières)

Les demandes de remboursements doivent, sous peines de forclusion et sauf cas de force majeure, être adressées à la mutuelle dans un délai maximum de 27 mois suivant la date de soins pour ceux qui ne bénéficient pas encore de la télétransmission.

SECTION 2 - SUBROGATION

Article 16

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

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES FORMULES
CAP SANTÉ, CORAIL - CORAIL2, IVOIRE - IVOIRE2, PERLE - PERLE2, TN'S, ESSENTIELLES,ALSACE-LORRAINE, BIEN-ÊTRE, COLLECTIVITES TERRITORIALES, ASSOCIATIONS, RENFORTS :
garanties ouvertes aux assurés sociaux individuels de tout régime sans limitation d'âge.

PROTECT, SUR-MESURE : garanties réservées aux assurés sociaux d'entreprise de tout régime sans limitation d'âge.

CHAPITRE 5 : GARANTIES DE LA MUTUELLE

Les garanties offertes par la mutuelle figurent en annexe I de ce règlement (suivant les contrats).

CHAPITRE 6 : AUTRES

Article 16 - Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation n'ayant pas trouvé de solutions internes, l'adhérent peut demander l'avis au Collège de Médiateurs, organe extérieur à la MFF. En cas de désaccord sur cet avis, le recours à une action en justice reste possible.

Collège de Médiateurs I Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles, 4 Avenue de l'Opéra, 75001 PARIS

Article 17 - Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification des informations la concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la mutuelle.

Article 17 - Réassurance

La mutuelle peut proposer à ses mutualistes et aux non mutualistes, sous réserve que ces derniers aient acquisé un droit d'entrée, des produits complémentaires en réassurance.