

REGLEMENT MUTUALISTE

MUTUELLE JUST' EN FAMILLE

SIEGE SOCIAL :

53 avenue de Verdun - BP 30259 - 59306 VALENCIENNES CEDEX

Assemblée Générale du 25 juin 2016

Date de prise d'effet : 2017

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} – Objet du règlement

Article 2 – Adoption et modification du règlement mutualiste - Information des membres

TITRE II – RELATIONS CONTRACTUELLES DANS LE CADRE DES RISQUES ASSURES PAR LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} – OBJET ET FORME DE L'ADHESION

Section 1 – Adhésion à titre individuel

Article 3 – Le membre participant

3.1 – Adhésion du membre participant

3.2 – Qualité d'ayant droit

3.3 – Documents à joindre

Article 4 – Le membre honoraire personne physique

Article 5 – Délai de renonciation

5.1 – Vente à distance

5.2 -

5.3 –

Section 2 – Adhésion à caractère collectif

Article 6 – Définition du contrat collectif

Article 7 – Etablissement du contrat collectif

Article 8 – Le membre participant

Article 9 – Le membre honoraire

Section 3 – Exécution du contrat

Article 10 – Prise d'effet et durée du contrat

Article 11 – Modification du contrat ou des garanties

Article 12 – Engagement du membre

Section 4 – Démission – Radiation – Exclusion

Article 13 – Démission

13.1 - Règle générale

13.2 - Particularités

13.3 - Résiliation découlant d'autres dispositions légales ou réglementaires

Article 14 – Exclusions

Article 15 – Radiation

Article 16- Conséquences de la démission, de la radiation, de l'exclusion

CHAPITRE 2 – Obligations de l'adhérent envers la Mutuelle

LES COTISATIONS

Section 1 – Détermination des cotisations

Article 17 – Critères de détermination de la cotisation

Article 18 – Bases de calcul des contrats

Article 18.1 - Calcul du coût du risque

Article 18.2 - Spécificité des entreprises

Article 18.3 - Autres charges

Article 19 – Particularités des contrats co-assurés et réassurés

19.1 - Contrats réassurés

19.1 - Contrats co-assurés

Article 20 – Révision des cotisations

Article 21 – Modalités tarifaires

21.1 - Adhésion individuelle

21.2 - Contrat à adhésion collective facultative ou obligatoire

Section 2 – Paiement et mode de règlement

Article 22 – Modalités de paiement de la cotisation

Article 23 – Sanction du défaut de paiement

23.1 – Garanties individuelles

23.2 – Garanties collectives

23.3 – Frais de rejets et d’impayés

Section 3 – Cotisations spéciales et droits d’entrée

Article 24 - Droit d’entrée

Article 25 - Membres honoraires, personnes physiques

Article 26 - Membres honoraires, personnes morales

CHAPITRE 3 – Obligations de la Mutuelle envers l’adhérent

LES PRESTATIONS

Section 1 – Les prestations santé assurées par la Mutuelle

Sous-section 1 – Dispositions générales

Article 27 – Définition des prestations garanties

Article 28 – Modification des prestations

Article 29 – Contrats responsables

Article 30 – Pratique du tiers payant

Article 31 – Pratique de la télétransmission avec les régimes obligatoires de sécurité sociale – Procédure NOEMIE 1

Article 32 – Forme et délais de paiement des prestations

Sous-section 2 – Définition des prestations remboursables

Article 33 – Prestations remboursables au titre du ticket modérateur

Article 34 – Prestations remboursables au titre d’un supplément, d’un forfait ou d’un crédit

Article 35 – Exclusions

Sous-section 3 – Modalités de prise en charge

Article 36 – Délais de carence

Article 37 – Règles générales

Section 2 – Les autres prestations assurées par la Mutuelle

Article 38 – Prévention

Article 39 – Secours exceptionnel

Article 40 – Garantie forfaitaire hospitalière

Article 41 – Garantie Obsèques - Garantie Décès

41.1 - Nature des garanties :

41.2 - Durée de la garantie :
41.3 - Résiliation de la garantie :
41.4 - Risques exclus :
41.5 – Paiement de l’indemnité :

CHAPITRE 4 – Dispositions diverses

Article 42 – Prescriptions
Article 43 – Nullités
Article 44 – Litiges et réclamations
Article 45 – Subrogation
Article 46 – Organisme de contrôle
Article 47 – Informatique et Libertés
Article 47 bis – Loi applicable au contrat

TITRE III – RELATIONS DANS LE CADRE DES RISQUES NON-ASSURÉS PAR LA MUTUELLE
--

CHAPITRE 1 – Forme de l’adhésion

Article 48 – Modalités de souscription et d’exécution du contrat
Article 49 - Qualité de membre participant pour des personnes physiques souscrivant des risques non assurés par la mutuelle

CHAPITRE 2 – Les prestations

Article 50 – Assistance
Article 51 – Décès, obsèques
Article 52 - Prévoyance
Article 53 - Prestations santé
Article 54 - Autres prestations
Article 55 – Risques exclus
Article 56 – Paiement des prestations

CHAPITRE 3 – Les cotisations

Section 1 - Modalités en cas de gestion par la Mutuelle

Article 57 - Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement
Article 58 - Responsabilité – Litiges

Section 2 : Prestations diffusées par la mutuelle et non gérées par elle

Article 59 - Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement
Article 60 - Responsabilité – Litige

CHAPITRE 4 – Dispositions diverses

Article 61 – Forclusion
Article 62 – Défaut de paiement
Article 63 – Exclusion
Article 64 – Réclamations

Article 1^{er} – Objet du règlement

Le présent règlement est établi conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du code de la mutualité et à l'article 4.1 de ses statuts par la Mutuelle Just' En Famille ci –après dénommée « La Mutuelle », mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 783.864.150.

Il a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de la Mutuelle et de ses membres ci-après définis au titre des opérations visées par les statuts.

Le présent règlement est applicable :

- aux membres liés à la mutuelle au titre d'une opération individuelle
- aux membres liés à la mutuelle au titre d'une opération collective basée soit sur la signature d'un bulletin d'adhésion, soit sur la signature d'un contrat collectif. Dans ce dernier cas, le règlement mutualiste s'applique pour l'ensemble des droits et obligations non visés audit contrat.

En application des statuts, la mutuelle peut proposer de diffuser des prestations au profit d'autres organismes. Elle peut en assurer la gestion totale ou partielle sans en assurer le risque. Dans le cadre très précis où elle n'intervient qu'en qualité d'intermédiaire, les droits et obligations respectifs des membres participants sont prévus dans la convention qui lie la mutuelle et ces organismes. Il en est de même lorsque la mutuelle gère totalement ou partiellement le contrat pour le compte d'un organisme d'assurance.

La mutuelle informe les membres participants des services et établissements d'action sociale auxquels ils peuvent avoir accès et des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 2 – Adoption et modification du règlement mutualiste - Information des membres

Le texte du présent règlement est établi par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration. Il s'applique à tous les membres, au même titre que les statuts et le règlement intérieur.

Lorsque des modifications sont apportées au présent règlement et approuvées par l'Assemblée Générale, la mutuelle est tenue d'en informer ses membres. Sauf stipulation contraire indiquée lors du vote de l'Assemblée Générale, les modifications prennent effet au 1er janvier de l'année qui suit celle de la tenue de l'Assemblée. Les modifications apportées au règlement mutualiste sont opposables aux membres à compter de leur notification.

TITRE II – RELATIONS CONTRACTUELLES DANS LE CADRE DES RISQUES ASSURES PAR LA MUTUELLE
--

L'adhésion à La Mutuelle entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle Santé Just', mutuelle dédiée à La Mutuelle Just' En Famille et soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 442.599.312, sans possibilité pour l'adhérent de se soustraire à cette seconde adhésion.

CHAPITRE 1^{er} – OBJET ET FORME DE L'ADHESION

Section 1 – Adhésion à titre individuel

Article 3 – Le membre participant

3.1 – Adhésion du membre participant

Le membre participant est la personne physique qui bénéficie ou fait bénéficier ses ayants droit tels que définis à l'article 3.2 des prestations de la mutuelle. Il est le signataire du bulletin d'adhésion.

Sauf exceptions prévues au cas par cas par la mutuelle, le membre participant et ses ayants droit doivent résider en France, dans les DOM-TOM, à l'étranger s'ils relèvent d'un régime obligatoire français (hors régime obligatoire monégasque) ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

L'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion complété, daté et signé qui vaut acceptation des statuts et règlements de la mutuelle.

3.2 – Qualité d'ayant droit

Conformément à l'article 5 des statuts, les ayants droit des membres participants pouvant bénéficier des prestations de La Mutuelle sont :

- Le conjoint, concubin ou pacsé.
- Les enfants ou ceux du conjoint, concubin ou pacsé, dans les conditions suivantes :
 - socialement à charge (figurant sur la carte de Sécurité Sociale de l'adhérent ou du conjoint, concubin ou pacsé) ;
 - fiscalement à charge, sous réserve de présentation de l'avis d'imposition de l'année précédente ;
 - étudiants jusqu'à 28 ans (âge calculé au 1^{er} Janvier) sous réserve de la présentation d'un justificatif de poursuite d'études adressé chaque année au service de La Mutuelle ;
 - exceptionnellement, les enfants se trouvant dans d'autres situations et considérés comme à charge
- Exceptionnellement, les ascendants et descendants se trouvant dans une situation particulière et pouvant être considérés comme à charge.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans intervention de leur représentant légal, conformément à l'article L.114-2 du code de la Mutualité.

L'adhésion ne peut être enregistrée que pour la totalité de la garantie choisie, qui est obligatoirement la même pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion ultérieure d'un nouvel ayant droit, la garantie retenue sera celle du ou des adhérents déjà inscrits.

3.3 – Documents à joindre

Les documents à fournir au jour de l'adhésion sont, au minimum :

- Le bulletin d'adhésion ;
- Le paiement de la 1^{ère} cotisation,
- Photocopie(s) Attestation(s) de droit à l'Assurance Maladie de moins de deux mois de chaque bénéficiaire, s'il y a lieu,
- Relevé d'identité bancaire ou postal,

- Le cas échéant, autorisation de prélèvement,
- L'ancienne carte mutualiste en cas de changement de contrat
- Tout document justifiant de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, au regard des dispositions du présent règlement mutualiste ou des critères de la garantie choisie (avis d'imposition, certificat de scolarité, justificatif de retraite ...),
- Le cas échéant, le bulletin réponse d'adhésion à l'association ANIP, association dite loi Madelin.

Article 4 – Le membre honoraire personne physique

Le Conseil d'Administration peut admettre des membres honoraires, personnes physiques, qui ont fait des dons ou rendu des services. Il examine les candidatures.

Le membre honoraire personne physique verse une cotisation spéciale définie à l'article 25 du présent règlement.

Quand la candidature est acceptée, la personne doit alors signer un bulletin d'adhésion. Les membres honoraires ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

Article 5 – Délai de renonciation

5.1 – Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose, dans les conditions fixées à l'article L.221-18 du code de la mutualité, d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Toutefois, ce délai est porté à 30 jours si l'engagement pris concerne l'un des domaines visés à l'article 5.2 du présent règlement.

5.2 -

Concernant :

- les engagements contractés dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
- les engagements pris en vue du versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,

le membre participant dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il a été informé que son adhésion a pris effet pour se rétracter. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. A cet effet il fait parvenir sa demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au siège de la mutuelle, selon le modèle de lettre figurant au présent article. La mutuelle remet contre récépissé au membre participant une notice d'information sur les dispositions essentielles du règlement mutualiste incluant les conditions d'exercice de la faculté de renonciation.

L'adhésion, en cas de renonciation, est considérée comme nulle et non avenue, l'intégralité des cotisations est remboursée par la mutuelle dans le délai maximal de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée et les prestations éventuellement servies par la mutuelle sont remboursées par le membre participant dans le même délai. Au-delà de ce délai de 30 jours calendaires, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de 2 mois, du double du taux légal.

5.3 –

Le modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation est le suivant :

« Je soussigné (nom – prénom - adresse du membre participant), déclare renoncer à mon adhésion à la Mutuelle Just' En Famille et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée lors de ma souscription dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception par la mutuelle de cette lettre recommandée. Je reconnais, par ailleurs, que je devrai rembourser à la mutuelle les prestations perçues antérieures à cette renonciation dans le même délai.

Fait à _____

Le _____

Signature »

Section 2 – Adhésion à caractère collectif

Article 6 – Définition du contrat collectif

Le contrat collectif est un contrat souscrit par un employeur ou une personne morale en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage.

On distingue :

- l'opération collective facultative par laquelle des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à la mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques
- l'opération collective obligatoire par laquelle l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques.

Le contrat définit les droits et obligations du souscripteur du contrat et des membres participants au titre de leur adhésion au contrat collectif. En l'absence de précision dans le contrat collectif, le règlement mutualiste s'applique.

Article 7 – Etablissement du contrat collectif

Un contrat collectif est établi en deux exemplaires, daté et signé par la mutuelle et le souscripteur (personne morale ou employeur). Sa composition est fixée par les dispositions légales et réglementaires.

Sont annexées aux conditions particulières, les garanties souscrites et un modèle de notice d'information destiné à chaque membre participant. Si le contrat collectif renvoie pour l'application de certaines dispositions au règlement mutualiste, la personne morale souscriptrice reçoit également un exemplaire du règlement mutualiste en vigueur.

La mutuelle remet au souscripteur du contrat :

- une notice d'information générale qui définit les diverses formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances ou les exclusions, les délais de prescription.
- les garanties souscrites, leurs limitations, les modalités d'entrée en vigueur, les modalités tarifaires.
- les statuts et éventuellement le présent règlement.
- tout autre règlement, notice, documents établis par les assureurs des garanties souscrites lorsque la mutuelle n'intervient qu'en tant qu'intermédiaire mutualiste ou qu'elle n'assure pas le risque.

Sur la demande du souscripteur, il peut également lui être remis une copie du règlement intérieur.

Le souscripteur est tenu de remettre les notices et tous autres documents énumérés ci-dessus à l'ensemble des adhérents devenus membres participants (article L.221-6 du Code de la Mutualité).

Article 8 – Le membre participant

Le membre participant est la personne physique qui bénéficie et fait bénéficier ses ayants droit des prestations de la mutuelle. Il est le signataire du bulletin d'adhésion dans le cadre des opérations collectives facultatives.

Article 9 – Le membre honoraire

Au titre des opérations collectives facultatives, le membre honoraire est la personne physique qui signe un bulletin d'adhésion, paie une cotisation, appartient au groupe professionnel, interprofessionnel, d'entreprise ou associatif qui a signé le contrat collectif avec la mutuelle, mais qui ne bénéficie pas des prestations offertes par la mutuelle.

Il peut notamment s'agir de cadres ou de dirigeants souhaitant être membre honoraire à titre personnel.

Au titre des opérations collectives obligatoires, la personne morale ou l'employeur, souscripteur, peut devenir, sur sa demande expresse et sur accord préalable du Conseil d'Administration, membre honoraire de la mutuelle.

La personne morale ou l'employeur souhaitant devenir membre honoraire doit remplir à cet effet un bulletin d'adhésion.

Ne peuvent pas devenir membre honoraire l'employeur ou la personne morale souscriptrice de l'un des contrats collectifs suivants :

- Tous les contrats souscrits pour lesquels la mutuelle n'intervient qu'en tant qu'intermédiaire mutualiste,

- Tous les contrats qui ont été confiés en gestion totale ou partielle à la mutuelle et pour lesquels la mutuelle n'assure pas le risque.

Section 3 – Exécution du contrat

Article 10 – Prise d'effet et durée du contrat

L'adhésion à la mutuelle prend effet au plus tôt au 1^{er} jour qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion, à condition que l'ensemble des documents nécessaires à la constitution du dossier soient parvenus à la mutuelle et que la première cotisation ait été réglée par le membre participant. A défaut, elle prendra effet au lendemain du jour de réception de l'ensemble de ces pièces.

Aucun effet rétroactif n'est possible sauf accord écrit express de la mutuelle.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction à la date d'échéance figurant sur le bulletin d'adhésion, sauf démission, exclusion ou radiation dans les conditions visées aux articles 13, 14, 15 et 16 du présent règlement.

Article 11 – Modification du contrat ou des garanties

Les demandes de modifications apportées au contrat d'adhésion par le membre participant sont adressées par écrit à la mutuelle.

Prennent effet, dès la notification de l'information à la mutuelle, les modifications administratives telles que le changement d'adresse, le changement de banque, le changement de régime obligatoire de sécurité sociale. Le membre participant doit avoir fourni à la mutuelle les justificatifs nécessaires pour que la prise d'effet de cette modification administrative intervienne à la réception par la mutuelle de la notification.

Prennent effet au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'événement est survenu les événements suivants à condition, toutefois, que la mutuelle ait été informée par le membre participant dans un délai maximum de 45 jours à compter de l'événement et que les justificatifs nécessaires aient été fournis par le membre participant :

- les changements survenus dans la situation de famille entraînant un changement de la cotisation (cas de mariage, PACS, concubinage, divorce, naissance, adoption, décès, suppression ou ajout de bénéficiaires)
- ou tout autre événement ayant un lien direct sur l'exécution du contrat.

A défaut, la modification prend effet au 1^{er} jour du mois au cours duquel la dernière pièce a été réceptionnée.

En dehors des modifications exprimées ci-dessus, toute demande de changement de garanties en cours d'année ne peut être acceptée par la mutuelle que pour des garanties supérieures. La modification prendra alors effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande, sous réserve du paiement de la cotisation complémentaire. La demande doit avoir été adressée par écrit à la mutuelle. Elle s'appliquera obligatoirement pour tous les bénéficiaires du contrat d'adhésion et fera l'objet de la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Les délais de carence tels que prévus au présent règlement mutualiste pour les garanties supplémentaires souscrites sont alors inapplicables.

Article 12 – Engagement du membre

Le membre s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à La Mutuelle tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par La Mutuelle.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 43 ci-après.

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle souscrite auprès de la mutuelle, dans le cadre d'une affiliation individuelle ou collective.

Hormis le cas particulier de l'application de la garantie forfaitaire hospitalière prévue à l'article 40 du présent règlement, **les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3**

du Code de la Sécurité Sociale. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident contractés auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date d'adhésion ou de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat, peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix, en application des dispositions du décret n°90769 du 30 août 1990.

Section 4 – Démission – Radiation – Exclusion

Article 13 – Démission

13.1 - Règle générale

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 souscriptrice, 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 avec accusé réception à la mutuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance.

13.2 - Particularités

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, il peut également être mis fin à l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants, conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite personnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque cette adhésion avait pour objet la garantie de 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 ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

13.3 - Résiliation découlant d'autres dispositions légales ou réglementaires

Par ailleurs, le membre participant peut mettre fin à son adhésion pour les motifs suivants :

- La mise en place d'un contrat collectif de même nature que les risques couverts par la mutuelle, à condition que ce contrat soit à titre obligatoire conformément aux dispositions de la loi EVIN et de l'article 83 du Code Général des Impôts et sur présentation d'un justificatif de l'employeur.
- Le bénéficiaire, pour lui-même et éventuellement pour ses ayants droit, de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, sur présentation d'un justificatif du régime obligatoire ayant accordé les droits.
- Par extension, la mutuelle accepte la démission de la part du membre participant lorsqu'il peut bénéficier d'une couverture de risques de même nature par l'intermédiaire de son conjoint, concubin ou pacsé, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, selon les mêmes dispositions que reprises ci-dessus.

La demande de résiliation devra être effectuée par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires et de la (ou des) cartes de tiers payant. La résiliation prend alors effet le dernier jour du mois au cours duquel l'ensemble des pièces aura été réceptionné par la Mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, pour les opérations collectives facultatives, le membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice, également dénoncer son affiliation en raison des modifications apportées.

Article 14 – Exclusions

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, conformément à l'article 9 des statuts. Ces membres en sont informés par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception.

Article 15 – Radiation

La mutuelle peut résilier le contrat, en cas de non-paiement de ses cotisations par le membre, dans les conditions fixées à l'article 23 du présent règlement.

Article 16- Conséquences de la démission, de la radiation, de l'exclusion

La perte de la qualité de membre participant entraîne de plein droit pour lui-même et ses ayants droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer d'autres formalités, la cessation des effets du contrat d'adhésion, des garanties accessoires attachées au contrat et de tous autres documents contractuels entre la mutuelle et le membre sauf application de dispositions légales spécifiques.

CHAPITRE 2 – Obligations de l'adhérent envers la Mutuelle

LES COTISATIONS

Section 1 – Détermination des cotisations

Article 17 – Critères de détermination de la cotisation

La Mutuelle est à cotisations variables.

La contribution financière de chaque adhérent se fait par le paiement d'une cotisation dont le montant annuel est déterminé forfaitairement.

Pour déterminer le montant des cotisations, peuvent être retenus par la mutuelle les critères suivants :

- L'âge de chaque bénéficiaire adulte, âge calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année en cours,
- Le régime obligatoire d'affiliation,
- La durée d'appartenance au groupement,
- Le niveau de garanties souscrit,
- Les garanties optionnelles souscrites,
- Le nombre total de bénéficiaires.

Le barème des cotisations est défini au sein de chaque plaquette de garanties.

L'adhérent doit payer à la Mutuelle la cotisation appelée ainsi que les éventuels rappels de cotisation. Ceux-ci, conformément à l'article 4.4 des Statuts, sont décidés et fixés par son Conseil d'administration. En aucun cas, l'adhérent ne peut être engagé au-delà du maximum de cotisation, qui est fixé à deux fois le montant de la cotisation initialement appelée.

En tout état de cause, la mutuelle ne peut fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. A ce titre, aucune déclaration de santé, ni questionnaire médical, ne sont à compléter au moment de l'adhésion. De même, tout ressortissant étranger sur le sol français, bénéficiant d'un régime obligatoire français, se voit appliquer les mêmes conditions tarifaires qu'un assuré français.

Article 18 – Bases de calcul des contrats

Article 18.1 - Calcul du coût du risque

La cotisation est calculée à partir du coût du risque constaté, afin d'aboutir à la détermination d'un coût par adulte et par enfant. Pour les cotisations des contrats soins de santé sont repris les différents critères prévus à l'article 17 du présent règlement.

Article 18.2 - Spécificité des entreprises

Pour les entreprises, sauf exception, le coût du risque est calculé pour un âge moyen et pour une population ayant souscrit à un même niveau de garanties.

Lorsque la cotisation est forfaitaire, c'est-à-dire quelle que soit la situation familiale du membre participant, le coût du risque se détermine en fonction du quotient familial des membres participants, salariés d'entreprise, ayant souscrit à un même niveau de garanties.

Article 18.3 - Autres charges

Au coût du risque calculé conformément aux articles 18.1 et 18.2 du présent règlement, il est ajouté les charges suivantes :

- Les frais techniques de fonctionnement,
- Les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Fédération), techniques (Unions Mutualistes, Caisses Autonomes, tous autres organismes autorisés par la loi), ou de l'Economie Sociale (associations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.
- La cotisation assistance, dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par l'assureur du contrat,
- La cotisation à l'association PROMUT PLUS,
- Le cas échéant, la cotisation à l'association ANIP, association dite « loi Madelin ».

Peuvent également être ajoutées :

- Les cotisations obsèques, décès,

- La taxe relative à la Couverture Maladie Universelle, dont le taux est fixé par la loi,
- Toute autre charge non interdite par la loi.

Article 19 – Particularités des contrats co-assurés et réassurés

19.1 - Contrats réassurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une réassurance totale, le coût du risque est déterminé par le réassureur auquel la mutuelle ajoute les charges telles que prévues à l'article 18.3 du présent règlement.

Si la réassurance est partielle, la mutuelle ajoute au coût du risque du réassureur le coût de son propre risque, ainsi que les charges prévues à l'article 18.3 du présent règlement.

19.1 - Contrats co-assurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une co-assurance, le coût du risque est communément défini entre les co-assureurs, en appliquant, si nécessaire, une quote-part de répartition des risques entre eux. Peuvent s'y ajouter les charges prévues à l'article 18.3 du présent règlement, ainsi que toutes autres charges propres aux autres co-assureurs.

Article 20 – Révision des cotisations

Les cotisations sont annuelles et révisables, chaque année, à la date d'échéance du contrat, compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services.

Les taux et les montants des cotisations sont déterminés par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation annuelle de l'Assemblée Générale. Les décisions du Conseil d'Administration sont applicables immédiatement et doivent être ratifiées par la plus proche des Assemblées Générales.

Le membre participant doit être prévenu dans un délai minimum de 30 jours calendaires avant qu'il n'ait à régler sa nouvelle cotisation à l'échéance prévue, il en est de même des personnes morales ayant souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Dans la mesure où la conjoncture le nécessite, le Conseil d'Administration, qui a reçu délégation pour un exercice déterminé, peut réajuster, en cours d'année, le montant des cotisations afin de faire face à une conjoncture particulière, et notamment, sans que la liste soit exhaustive : baisse des taux de remboursement pratiqués par les régimes obligatoires, hausses substantielles de certains honoraires ou dépenses diverses de santé, dérives des consommations médicales dûment constatées par les pouvoirs publics, etc.

Dans ce même contexte, le Conseil d'Administration peut décider du paiement d'une cotisation exceptionnelle, versée en une seule fois, afin de faire face à ces mêmes situations.

Article 21 – Modalités tarifaires

21.1 - Adhésion individuelle

Sauf exception, les cotisations sont fixées par adulte, par enfant et par tranche d'âge.

Selon la garantie choisie, il n'est pas demandé de cotisation supplémentaire au-delà d'un nombre d'enfants déterminé par la garantie elle-même.

La garantie peut également prévoir des modalités qui lui sont propres quant à la détermination de la cotisation des enfants et des ayants droit.

L'ascendant inscrit comme ayant droit paie, sauf exception prévue par la garantie elle-même, la cotisation d'un adulte.

21.2 - Contrat à adhésion collective facultative ou obligatoire

Que le régime d'affiliation soit facultatif ou obligatoire, les cotisations peuvent être établies comme suit :

- Taux forfaitaire (quelle que soit la situation familiale),
- Personne seule/famille,
- 1 personne, 2 personnes, 3 personnes et plus,
- 1 personne, 2 personnes, 3 personnes, 4 personnes et plus,
- Adulte/enfant (avec ou sans gratuité au delà d'un nombre d'enfants déterminé par la garantie elle-même).

Il peut éventuellement être retenu des tranches d'âge.

Section 2 – Paiement et mode de règlement

Article 22 – Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est fixée annuellement.

Lors de la prise d'effet de l'adhésion, la première cotisation est calculée à compter de cette date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le paiement de la cotisation annuelle peut être fractionné :

- soit mensuellement prioritairement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, exceptionnellement et après accord de la mutuelle, par chèque bancaire ou postal ou par paiement en ligne sécurisé par l'intermédiaire du site Internet de la mutuelle,
- soit trimestriellement ou semestriellement, le règlement intervenant alors soit par prélèvement automatique soit par chèque bancaire ou postal soit par paiement en ligne sécurisé par l'intermédiaire du site Internet de la mutuelle.

La cotisation trimestrielle, semestrielle ou annuelle est payable d'avance. Exceptionnellement, pour les cotisations payées trimestriellement, uniquement pour certains contrats souscrits depuis plusieurs années, la mutuelle peut imposer le paiement de la cotisation au cours du 1er mois du trimestre concerné et par prélèvement automatique.

La cotisation mensuelle est payable, selon le contrat souscrit, le 5, le 12 ou le 20 du mois pour le mois en cours. Exceptionnellement, pour certains contrats souscrits depuis plusieurs années, la mutuelle peut continuer de prélever mois d'avance.

En cas de rejet de prélèvement automatique ou du paiement en ligne ou en cas de chèque impayé, le membre participant se verra attribuer les frais provoqués par ce rejet. Dès le second rejet de prélèvement, la Mutuelle se réserve le droit de modifier de mode de paiement. Dans ce cas, elle transformera les modalités de paiement de la manière suivante : paiement d'avance, trimestriel et par chèque.

La cotisation peut être révisée par la mutuelle compte tenu de l'âge atteint par l'adhérent ou suite à la modification des tarifs par décision de l'assemblée générale ou du conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

La cotisation relative aux membres honoraires est payable annuellement sans fractionnement.

Article 23 – Sanction du défaut de paiement

23.1 – Garanties individuelles

Dans le cadre des opérations individuelles, à 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 peut être suspendue 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.

23.2 – Garanties collectives

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle ou de l'union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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 son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au I est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque.

III. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

23.3 – Frais de rejets et d'impayés

En cas de rejet d'un prélèvement automatique ou de chèque impayé, les frais provoqués par ce rejet sont à la charge du membre participant.

Les cotisations impayées donnent lieu à recouvrement. Des pénalités de retard et frais de recouvrement seront dus par le membre et leur montant est indiqué dans la lettre recommandée de mise en demeure.

Les membres participants radiés pour non paiement des cotisations ne pourront adhérer de nouveau à la mutuelle qu'après accord écrit de la mutuelle et règlement des cotisations dues au moment de l'exclusion.

Dans ce cas, à compter de la date d'effet de cette nouvelle adhésion, les éventuels délais de carence sont applicables au membre participant et à ses ayants droit, dans les conditions fixées à l'article 36 du présent règlement.

Section 3 – Cotisations spéciales et droits d'entrée

Article 24 - Droit d'entrée

La mutuelle dispose de la faculté de faire payer un droit d'entrée aux membres participants visés à l'article 3 du présent règlement, lors de leur adhésion. Son montant est de 15 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation au Conseil d'Administration. Les membres participants définis à l'article 8 du présent règlement dans le cadre des opérations collectives ne sont pas concernés par ce droit d'entrée.

Article 25 - Membres honoraires, personnes physiques

En application des articles 4 et 9 alinéa 1^{er} du présent règlement, le membre honoraire, personne physique, règle une cotisation annuelle non fractionnée. Son montant est de 20 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

Article 26 - Membres honoraires, personnes morales

En application de l'article 9 alinéa 2 du présent règlement, le membre honoraire, personne morale, règle une cotisation annuelle non fractionnée. Son montant est de 40 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

CHAPITRE 3 – Obligations de la Mutuelle envers l'adhérent
LES PRESTATIONS

Section 1 – Les prestations santé assurées par la Mutuelle

Sous-section 1 – Dispositions générales

Article 27 – Définition des prestations garanties

Les prestations versées par la Mutuelle figurent dans les notices d'informations remises à l'adhérent. Elles sont déterminées par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale. Ces décisions sont applicables immédiatement et ratifiées par la plus proche des Assemblées Générales.

Les remboursements réalisés par la Mutuelle sont fonction de la garantie et de l'option choisies par le membre participant, et de la période de couverture lors de son adhésion ou de la signature d'un avenant.

La garantie choisie est obligatoirement la même pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion ultérieure d'un nouvel ayant droit, la garantie retenue sera celle du ou des bénéficiaires déjà inscrits.

Article 28 – Modification des prestations

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux et les conditions de remboursement des régimes obligatoires de Sécurité Sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Ces modifications, qui pourront entraîner des modifications des cotisations, seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le code de la mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations et de cotisations sont portés à la connaissance des adhérents à leur dernière adresse et leur sont opposables à compter de cette notification.

Mesures exceptionnelles de sauvegarde

Lorsque le niveau de couverture de l'exigence de solvabilité réglementaire du dernier exercice clos est inférieur à 115% et menace ainsi la poursuite de l'activité de la Mutuelle, le Conseil d'administration provoque une Assemblée générale afin de lui proposer une solution permettant de sauvegarder les intérêts de l'ensemble des adhérents.

Si l'Assemblée générale rejette cette mesure de sauvegarde, les prestations servies aux adhérents sont uniformément ajustées comme suit :

Taux de couverture de solvabilité	Taux de réduction des prestations
>110%	0
105 - 110	10%
100-105	15%
<100	20%

Article 29 – Contrats responsables

Les contrats d'assurance maladie distribués par la Mutuelle sont des contrats responsables au regard des dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale.

En conséquence,

29.1 - Pour les contrats individuels et collectifs facultatifs souscrits antérieurement au 31 mars 2015, jusqu'à leur prochaine date d'échéance principale, ainsi que pour les contrats collectifs d'entreprise entrant dans le champ de la période transitoire définie par la circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015, durant toute cette période transitoire :

- Ne sont pas prises en charge les garanties frais de santé suivantes :

- La participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé (e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;
- Dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical ;
- Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.
- Sont prises en charge les garanties frais de santé suivantes :
 - Au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant ;
 - Au moins 30% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments (vignette blanche) prescrits par le médecin traitant ou le médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;
 - Au moins 35% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyse ou de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;
 - Le ticket modérateur pour au moins deux actes de prévention considérés comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique (la liste de des prestations de prévention étant fixée par arrêté).

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle communiquera annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations, selon modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

29.2 - Les contrats souscrits ou renouvelés postérieurement au 1er avril 2015 et ceux qui ne bénéficient pas de la période transitoire définie par la circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015, respectent, sauf disposition spécifique spécifiée par le contrat lui-même, le nouveau cahier des charges des contrats responsables défini par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

A ce titre,

- Ne sont pas prises en charge les garanties frais de santé suivantes :
 - La participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé (e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
 - Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;
 - Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.
- Sont prises en charge a minima les garanties frais de santé suivantes :
 - L'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, excepté pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie
 - L'intégralité du forfait journalier hospitalier
- Sont plafonnés ou encadrés dans leur prise en charge, les dépenses de soins suivantes :
 - Dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au dispositif du contrat d'accès aux soins (double limitation de 100% du tarif de responsabilité (125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant de prise en charge des dépassements minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité)

- Prise en charge des dépenses optiques encadrée par des plafonds et planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire et limitée à un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle communiquera annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations, selon modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

29.3 - En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », les garanties évolueront selon les modalités prévues par la législation en vigueur.

Article 30 – Pratique du tiers payant

La pratique du tiers payant consiste en un paiement direct, total ou partiel, des frais médicaux ou pharmaceutiques par la mutuelle au lieu et place du membre participant.

L'étendue du tiers payant dépend du régime obligatoire d'affiliation des bénéficiaires et du lieu de résidence. Le membre participant en est informé lors de la remise de la notice d'information et des conditions particulières du contrat. Il lui est remis, lors de la souscription, une carte de tiers payant.

Cette dernière doit être impérativement restituée à la mutuelle lorsque les garanties prennent fin.

En cas d'utilisation frauduleuse, la mutuelle se réserve le droit d'entamer des poursuites pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte. L'usage frauduleux s'entend ici, dans les délais impartis par les articles L.221-7 et L.221-8 du code de la mutualité, de l'utilisation par un adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations ou le bénéfice des services garantis par la mutuelle aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

Article 31 – Pratique de la télétransmission avec les régimes obligatoires de sécurité sociale – Procédure NOEMIE 1

La mutuelle reçoit des informations des régimes obligatoires, traite et paie la part complémentaire.

Cette procédure n'est applicable qu'à la condition que le membre participant ait transmis préalablement à la mutuelle les informations de Sécurité Sociale ou de régime obligatoire à jour pour lui-même et ses ayants droit. Le membre participant ne souhaitant pas bénéficier de la télétransmission des informations par les régimes obligatoires pour lui-même et/ou ses ayants droit devra signifier par écrit son refus auprès des services de la mutuelle.

Il est à noter que pour certains suppléments, forfaits ou crédits, le traitement automatique ne peut être appliqué, le remboursement nécessitant l'envoi de justificatifs.

Article 32 – Forme et délais de paiement des prestations

Sauf dans le cas du tiers payant, les remboursements des frais de soins de santé sont effectués en priorité par virement sur le compte bancaire ou postal indiqué par le membre participant.

A défaut, les remboursements seront effectués par chèque bancaire libellé à l'ordre du membre participant.

Ces remboursements sont effectués dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit la réception du dossier lorsque la procédure de télétransmission n'est pas appliquée.

Pour les personnes bénéficiant de la télétransmission, les modalités et délais sont ceux appliqués par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Sous-section 2 – Définition des prestations remboursables

Article 33 – Prestations remboursables au titre du ticket modérateur

Lorsque la garantie souscrite par le membre participant prévoit bien la prise en charge du soin, le ticket modérateur est remboursé pour les soins pris en charge préalablement par la Sécurité Sociale tels que prévus ci-dessous sous réserve des exclusions définies par les contrats responsables ou par le présent règlement.

Peuvent être pris en charge au titre du remboursement du ticket modérateur, les soins et actes suivants :

- Maladie :
 - Consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens généralistes ou spécialistes,
 - Soins prodigués par les auxiliaires médicaux et les indemnités de déplacements,
 - Les actes de petite chirurgie, de spécialistes, de radiologues,
 - Les analyses, examens, actes de biologie,
 - Les médicaments irremplaçables ou de confort, ainsi que les préparations magistrales prises en charge par la Sécurité Sociale.
- Appareillage : les dépenses d'achats, de location, de réparation des fournitures d'orthopédie, de petit et grand appareillage telles que prévues au T.I.P.S. (tarif interministériel des prestations sanitaires)
- Optique : toutes les dépenses d'achat, de réparation de fourniture d'optique, verres, montures, lentilles cornéennes, prises en charges par la Sécurité sociale.
- Dentaire : La mutuelle prend en charge les dépenses relatives aux actes techniques, d'imagerie, de chirurgie, soins, prothèses, couronnes, implants dentaires et parodontologie pour lesquels la Sécurité Sociale a participé au remboursement
- Cures Thermales : la mutuelle effectue le remboursement complémentaire des frais médicaux, du forfait thermal, dans la mesure où la cure a fait l'objet d'un accord préalable du régime obligatoire.
- Hospitalisation : est pris en charge le remboursement des soins, honoraires, frais de salle d'opération, et tous autres actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation qu'elle qu'en soit le motif et sous réserve de la prise en charge par la Sécurité Sociale.
- Transports : la mutuelle rembourse les frais de transport en ambulance, véhicule sanitaire léger, SAMU, tous autres moyens de transport habilités, ou éventuellement frais de taxi, véhicule personnel, dans la mesure où la Sécurité Sociale les a pris en charge préalablement.

Article 34 – Prestations remboursables au titre d'un supplément, d'un forfait ou d'un crédit

Dans le cadre des conditions particulières prévues au contrat, la mutuelle peut être amenée à rembourser, sous forme de suppléments, forfaits ou crédits, certains soins ou actes selon les modalités indiquées aux conditions ci-dessus rappelées.

Sauf exceptions explicites, le paiement de ces prestations est subordonné à la prise en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

En tout état de cause, les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

Lorsque les forfaits sont fixés par périodes annuelles, l'annualité ou pluri-annualité est appréciée et se renouvelle soit à la date d'affiliation de chaque bénéficiaire, soit par année civile, selon dispositions prévues au contrat. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.

Peuvent être pris en charge au titre du remboursement de suppléments, forfaits ou crédits :

- Dépassements d'honoraires : sont considérés comme dépassements d'honoraires les sommes réclamées par certains praticiens dûment habilités à pratiquer des honoraires libres et déclarés comme tels auprès des régimes de Sécurité Sociale. La mutuelle, selon les conditions particulières du contrat, et dans les limites fixées par les contrats responsables, rembourse les dépassements d'honoraires. Sauf exceptions prévues au contrat, la mutuelle ne rembourse pas les honoraires de professions non conventionnées ou non reconnues comme telles par la Sécurité Sociale. Plus précisément, dans le cadre des dispositions issues de la définition des contrats responsables telle qu'établie par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 CSS, sont limités doublement, dans le respect des dispositions des contrats responsables, de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité (125% pour les soins prodigués en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

- Appareillage : la mutuelle peut être amenée, si les garanties souscrites le prévoient, à régler des suppléments, forfaits ou crédits, selon les modalités fixées aux conditions particulières, pour l'achat, la réparation ou la location d'appareillages tels que rappelés à l'article 31 et pris en charge par la Sécurité Sociale.
- Optique : selon les conditions particulières prévues au contrat, la mutuelle verse des crédits pour chaque personne bénéficiant des prestations. Sauf exceptions prévues aux conditions particulières, les crédits sont versés annuellement, selon l'échéance fixée par le contrat. Toutefois, dans la mesure où le montant du crédit n'est pas intégralement versé, le solde est reportable au cours de l'année, selon l'échéance fixée par le contrat. Les crédits sont versés suite à l'achat, au remplacement total ou partiel de l'appareillage, suite à une prescription médicale ou à une casse qu'il s'agisse de verres, monture ou lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale ou suite à un contrôle de vue effectué par un opticien dans le respect des dispositions légales et réglementaires. Les lentilles cornéennes refusées par la Sécurité Sociale sont remboursables dans la mesure où elles ont été prescrites médicalement y compris les lentilles cornéennes jetables. Sont exclus des remboursements les consommables d'entretien, les accessoires (étuis, etc.), les appareillages anti-solaires sans prescription médicale et/ou sans correction visuelle, les lentilles cornéennes colorées, ainsi que toute fourniture à but purement esthétique.

Plus précisément, dans le cadre du respect des contrats responsables tels que définis par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, les forfaits « optique » comprennent le montant du ticket modérateur, des verres et de la monture. Ces forfaits sont fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (montures + verres) par périodes de deux ans pour les adultes et d'une année pour les enfants (moins de 18 ans). En cas d'évolution de la vue, la période est ramenée à une année pour l'adulte. Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et le ticket modérateur est couvert systématiquement. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Correction laser de la myopie : la mutuelle peut prendre en charge, si les conditions particulières le prévoient, les honoraires de chirurgie laser.

- Dentaire : Pour les actes techniques, d'imagerie, de chirurgie, soins, prothèses, couronnes, implants dentaires et parodontologie acceptées par la sécurité sociale et selon conditions particulières prévues par la garantie, la mutuelle prend en charge les suppléments réclamés par les praticiens. Pour les actes, soins, prothèses, implants, couronnes et parodontologie non pris en charge par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de certaines dépenses selon les conditions prévues par la garantie.
- Orthodontie : En complément des remboursements opérés par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut accorder, selon les modalités fixées aux conditions particulières du contrat, des crédits, forfaits ou suppléments. De même, ces conditions peuvent prévoir la participation de la mutuelle aux traitements orthodontiques refusés par les régimes de Sécurité Sociale.
- Hospitalisation :
 - *Honoraires, soins examens* : en fonction des dispositions prévues aux conditions particulières du contrat, et dans le respect des dispositions des contrats responsables, la mutuelle peut intervenir sur les dépassements pratiqués par certains praticiens, sans que la liste soit exhaustive : chirurgiens, médecins, spécialistes, anesthésistes, sages femmes, etc., et ce, quelle que soit la nature de l'hospitalisation.
 - *Forfait journalier hospitalier* : La mutuelle prend en charge le forfait journalier hospitalier fixé par les pouvoirs publics et selon les conditions particulières du contrat, et ce, quelle que soit la nature de l'hospitalisation. Dans le respect des dispositions des contrats responsables, dans leur rédaction issue du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, ce forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée.
 - *Chambre particulière* : la mutuelle peut intervenir sur les frais de chambre particulière. Les montants et modalités sont fixés aux conditions particulières du contrat.
 - *Frais d'accompagnement* : selon les conditions particulières prévues au contrat, la mutuelle rembourse les frais d'accompagnement de l'ayant droit suivants : petit déjeuner, repas, couchage, à l'exclusion des frais de téléphone ou autres. Pour les

établissements ne permettant pas l'hébergement de l'accompagnant d'un enfant, la mutuelle interviendra sur les frais d'hébergement d'hôtellerie proche du lieu de séjour de l'enfant et dans les mêmes limites que celles prévues pour un hébergement intra-muros.

- Services spécialisés : la prise en charge des frais de séjours en services spécialisés de repos, convalescence, psychiatrie, tabacologie, désintoxication, de placements médicaux sociaux, est limitée par la garantie elle-même, s'ils ont donné lieu à un remboursement de la Caisse Obligatoire d'Assurance Maladie. Elle n'est pas limitée lorsque cette limitation serait contraire aux dispositions du cahier des charges des contrats responsables.
- Cures thermales : la mutuelle peut accorder, selon les conditions particulières prévues au contrat, des suppléments, forfaits ou crédits. Ceux-ci permettent le remboursement de frais supplémentaires occasionnés lors d'une cure et notamment : dépassements d'honoraires, frais de séjours, sur présentation des justificatifs correspondants. De même, il peut être alloué, selon les conditions particulières du contrat, des frais d'accompagnant pour les enfants afin de rembourser les frais de repas ou de couchage et sur présentation de justificatifs.
- Transports : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle rembourse certains suppléments facturés lors des transports.
- Maternité – Adoption – Mariage : la mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors de la naissance d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois qui suivent sa naissance, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant la naissance de l'enfant. De même, une prime peut être accordée lors de l'adoption d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois où l'adoption a été reconnue par l'autorité judiciaire, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant l'adoption de l'enfant. La mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors du mariage d'un adhérent, sur présentation de l'acte de mariage. Cette aide peut être cumulée en cas de mariage de deux membres participants.
- Médecine douce : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour tout acte de médecine douce. L'ensemble des spécialités reconnues comme de la médecine douce par la Mutuelle, quelle que soit la dénomination qui en est faite aux conditions particulières du contrat, est : l'ostéopathie, l'étiopathie, l'homéopathie, la diététique, la nutrition, la chiropractie, l'acupuncture.
- Actes non remboursés par les régimes obligatoires : des dispositions particulières prévues aux contrats peuvent prévoir une prise en charge totale ou partielle des actes non remboursés par les régimes obligatoires.

Lorsque la garantie souscrite telle que figurant aux conditions particulières du contrat prévoit bien la prise en charge du soin, le ticket modérateur est intégralement remboursé pour les soins pris en charge préalablement par la Sécurité Sociale tels que prévus ci-dessus, sous réserve des exclusions et limitations prévues par les contrats « responsables » (L 871-1 et R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale).

Article 35 – Exclusions

Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine :

- Les traitements, interventions à but esthétique (sauf s'ils sont pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale),
- Les soins à l'étranger non pris en charge par un régime de sécurité sociale français ou de l'Union Européenne,
- Les soins postérieurs à la date de fin de garanties en cas de résiliation ou d'exclusion,
- Les prix de journées au sein d'établissements de court, moyen ou long séjour (V60, V120, V240), de maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.), de maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD), d'accueil de jour ou temporaire, ou de foyers de vie, de foyers à double tarification, de foyers d'hébergement, des établissements occupationnels (S.O.T – S.O.A. – A.O.T.) pour personnes handicapées,
- Les accidents occasionnés en milieu scolaire et pris en charge en totalité par un autre organisme d'assurance.

Sous-section 3 – Modalités de prise en charge

Article 36 – Délais de carence

La mutuelle dispose de la faculté de pratiquer un délai de carence, selon les garanties souscrites et comme précisé sur les notices d'information, délai de carence à l'expiration duquel le droit aux prestations prend effet.

Ces délais de carence ne sont pas applicables en cas de changement de contrat.

Article 37 – Règles générales

Sauf procédure de télétransmission ou de tiers payant, les remboursements de prestations sont effectués sur présentation de décomptes originaux de Sécurité Sociale adressés aux assurés sociaux (ou résultant de l'édition d'un décompte dématérialisé émis par un Régime Obligatoire via un réseau Internet), éventuellement du décompte original d'un organisme complémentaire si la mutuelle intervient en deuxième assureur, accompagné des justificatifs originaux suivants :

- Honoraires chirurgien, anesthésiste, spécialiste, transport, appareillage, cure, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, optique, frais d'accompagnant : facture acquittée,
- Prothèse dentaire refusée Sécurité Sociale : facture acquittée + attestation du chirurgien dentiste indiquant précisément la nature des soins, prothèses, appareils.
- Orthodontie refusée : facture acquittée + attestation du praticien indiquant la nature de la pathologie nécessitant son intervention.
- Prime à la maternité : acte de naissance ou copie du livret de famille.
- Prime de mariage : acte de mariage

Les dates retenues pour le remboursement des prestations sont :

- les dates de soins,
- pour les actes nécessitant une facture acquittée, la date de facturation.

Section 2 – Les autres prestations assurées par la Mutuelle

Article 38 – Prévention

Dans le cadre de ses activités, la mutuelle propose à ses adhérents des actions de prévention. Celles-ci ont pour but de sensibiliser les membres participants à la prévention des risques de santé. Les membres participants sont informés des actions entreprises, des services mis à leur disposition à cet effet, des partenariats conclus avec certains organismes, des prestations spécifiques auxquelles ils ont droit.

Pour ce type de prestations non prises en charge par les régimes obligatoires, le membre participant doit fournir à la mutuelle une facture acquittée.

Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine l'un des cas d'exclusion visés à l'article 35 du présent règlement mutualiste.

Article 39 – Secours exceptionnel

La mutuelle peut, sur un budget spécifique que détermine annuellement l'Assemblée Générale, accorder des secours aux adhérents et à leurs ayants droit, à jour de leurs cotisations.

Tout adhérent rencontrant des difficultés particulières ou qui a besoin soit de soins indispensables et coûteux, soit de traitement lourd, peut faire parvenir à La Mutuelle une demande de secours. Les demandes sont examinées par une Commission spécifique composée d'élus mutualistes qui statue sur le dossier constitué auprès des services administratifs, auquel sont joints les justificatifs des ressources de la famille, des dépenses engagées et de leur motivation.

Les pièces justificatives à joindre à la demande de secours sont :

- une lettre de motivation envoyée par courrier ou déposée à l'accueil du siège ou d'une agence de la Mutuelle.
- copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- factures acquittées ou devis et éventuellement décomptes du régime obligatoire.
- copie des décisions d'accord ou de refus d'autres organismes et sans que la liste soit exhaustive : CPAM, CARSAT, Conseil Général, CAF, Caisses de retraites, MDPH, etc....
- et éventuellement tout autre document relatif à la situation financière du membre participant et notamment attestation d'indemnités Pôle Emploi, etc....

Le paiement des secours exceptionnels se fait uniquement sur factures acquittées par chèque bancaire libellé à l'ordre de l'adhérent après avis favorable de la commission chargée de l'étude du dossier. A titre exceptionnel, le paiement peut être effectué directement soit aux Centres Hospitaliers soit aux Professionnels de Santé.

Cette prestation revêt un caractère exceptionnel pour des besoins urgents, et notamment, de façon non exhaustive : maladie grave ou prolongée, blessure, accident, aide à un handicapé pour maintien à domicile, décès d'un ayant droit. Une Commission est chargée d'examiner les demandes.

En tout état de cause, la Mutuelle ne peut intervenir que lorsque tous les recours gracieux auprès d'autres organismes ont été épuisés et notamment, sans que la liste soit exhaustive : régimes obligatoires, Caisses d'Allocations Familiales, collectivités locales ou territoriales, Caisses de Retraite, MDPH, etc....

Article 40 – Garantie forfaitaire hospitalière

La mutuelle offre à ses adhérents la possibilité de souscrire à une garantie d'indemnités forfaitaires hospitalières accessoire au contrat principal de complémentaire santé. Cette garantie a pour objet de verser une indemnité forfaitaire au bénéficiaire hospitalisé pour chaque jour d'hospitalisation, selon les conditions définies au contrat. La souscription à cette garantie est facultative. Sa résiliation est automatique au jour de la radiation ou de la résiliation du contrat principal de complémentaire santé.

Article 41 – Garantie Obsèques - Garantie Décès

41.1 - Nature des garanties :

La garantie obsèques assurée par la Mutuelle consiste, en cas de décès, dans le versement d'une indemnité aux bénéficiaires désignés soit selon la clause type incluse au règlement mutualiste, soit choisis par le membre participant. Cette garantie est incluse dans certains contrats individuels et collectifs.

La garantie décès assurée par la Mutuelle consiste dans le versement d'un capital décès aux bénéficiaires désignés soit selon la clause type incluse au règlement mutualiste, soit nommément désignés par le membre participant en cas de décès. Elle est proposée en complément de la souscription d'un contrat complémentaire santé.

Ces garanties couvrent la tête du membre participant et celle de ses ayants droit.

Sont bénéficiaires de cette garantie, à défaut de désignation autre :

- le conjoint marié ou pacsé de la personne décédée (à condition qu'aucune décision de divorce ou de séparation de corps définitive ne soit intervenue)
- à défaut, les enfants de la personne décédée nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux,
- à défaut, les héritiers de la personne décédée.

Si le membre participant ne souhaite pas que le capital décès ou l'indemnité soit versé selon la clause type ci-dessus, il peut procéder à la désignation de tout autre bénéficiaire. Cette désignation peut être faite au bulletin d'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est désigné, le membre participant peut indiquer les coordonnées de ce dernier qui seront alors utilisées par la mutuelle en cas de décès. Le membre participant peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, si le bénéficiaire nommément désigné a accepté la désignation faite à son profit, cette désignation devient irrévocable et la personne assurée ne peut plus procéder à un changement de celle-ci.

Conformément aux dispositions de l'article L.223-5 du code de la mutualité, l'assurance en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une

personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toute adhésion réalisée en violation de cette prohibition est nulle. Aucun capital ni aucune indemnité obsèques ne pourra être versé par la mutuelle dans ce cas.

41.2 – Souscription et Durée de la garantie :

La garantie décès ne peut être souscrite par un adhérent de plus de 70 ans.

Le droit aux garanties décès et obsèques ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion à la mutuelle. Pour tous les contrats souscrits postérieurement au 1^{er} juillet 2005, le droit à la garantie décès prend automatiquement fin pour chaque bénéficiaire lorsque ce dernier atteint l'âge de 70 ans.

Les garanties obsèques et décès assurées par la Mutuelle Just' En Famille sont temporaires et annuelles du 1er janvier au 31 décembre. La reconduction ou la suppression de ces garanties est décidée chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

41.3 - Résiliation de la garantie :

La résiliation peut être demandée par le membre participant par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant le respect d'un délai de deux mois avant la date de reconduction du contrat. La garantie décès cesse aussi dès qu'il y a résiliation du contrat complémentaire santé.

41.4 - Risques exclus :

Le capital décès et l'indemnité obsèques ne sont pas versés par la mutuelle :

- Si la personne décédée s'est donné volontairement la mort au cours de la première année suivant la date de prise d'effet de l'adhésion ;
- Si le décès a pour origine :
 - o l'usage de drogue, médicament ou tranquillisant non prescrits médicalement ;
 - o la pratique de sports à titre professionnel ou amateur utilisant des engins à moteur, engins volants, parachutisme, alpinisme de haute montagne, spéléologie, plongée sous-marine ;
 - o la manipulation volontaire, la détention ou l'utilisation d'engins de guerre ;
 - o la participation volontaire à des paris, duels ;
 - o la participation volontaire à des manifestations populaires, rixes (sauf légitime défense constatée) ;
 - o la guerre civile ou étrangère ;
 - o la manipulation, le transport de combustibles nucléaires ou déchets radioactifs, l'explosion
 - o un engin destiné à exploser par suite de la transmutation ou de la désintégration du noyau de l'atome.

Par ailleurs, la garantie cesse ses effets à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré.

41.5 – Paiement de l'indemnité :

Le paiement de l'indemnité obsèques et/ou du capital décès par la mutuelle intervient après réception par la mutuelle des pièces justificatives demandées et ce dans un délai maximum de un mois à compter de la réception de ces pièces.

CHAPITRE 4 – Dispositions diverses

Article 42 – Prescriptions

Toutes actions dérivant des opérations d'assurance de la mutuelle 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 connu, 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 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 a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant, pour les engagements dont l'exécution dépend de la vie humaine, ou qui ont pour but le versement d'un capital en cas de mariage ou naissance, et lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé pour les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes (article L.221-11 du Code de la Mutualité).

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 résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle 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, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L.221-12 du Code de la Mutualité).

Article 43 – Nullités

Selon les dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, 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 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.

Par dérogation en matière d'assurance décès, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital garanti est réduit en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt.

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, pour les opérations individuelles et collectives facultatives, 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 ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion, dans le cadre des règlements, ou du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le contrat ou l'adhésion prend fin dix 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'a 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.

Conformément à l'article L.221-16 du code de la mutualité, sont nulles toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire, en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel.

Sont nulles également toutes clauses frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire, à raison de simple retard apporté par lui, sans intention frauduleuse, à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités, ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour la mutuelle de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article 44 – Litiges et réclamations

Toute réclamation est à formuler auprès du conseiller commercial habituel de l'adhérent (agence, conseiller terrain ou centre d'appels).

Si ce dernier estime ne pas avoir eu de réponse suffisante, il peut présenter sa réclamation auprès du service « Réclamations », par écrit :

- Soit par mail via la rubrique « porter réclamation » du site Internet
- Soit par courrier postal à l'adresse suivante :

Mutuelle Just' en Famille
Service « Réclamations »
53, avenue de Verdun – BP 30259
59306 VALENCIENNES Cedex

La Mutuelle adressera à l'adhérent un accusé de réception dans les 10 jours ouvrés de la réception de sa demande, l'informant que celle-ci fait l'objet d'un traitement et s'engageant à formuler une réponse dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation.

Tout litige, dans la mesure où il n'aura pas été résolu par des démarches administratives ci-avant, pourra être soumis à la Commission « Conflits, contrôle, politique », et ce avant toute procédure auprès des tribunaux compétents. Cette commission doit être saisie par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Commission, conflits, contrôles, politique
Mutuelle Just' En Famille
53 avenue de Verdun – BP 30259
59300 VALENCIENNES

La commission se réunit dans les trois mois de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception et transmet sa réponse dans un délai maximum de 10 jours après la réunion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le requérant peut demander à être entendu par la commission s'il le souhaite.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les actions de prévention ou les secours exceptionnels doit parvenir à la mutuelle dans un délai de six mois à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement par la mutuelle.

Pour les autres prestations de la mutuelle sont applicables les délais de prescription de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité tels qu'énoncés à l'article 42 du règlement mutualiste.

Article 45 – Subrogation

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité entière ou partagée d'un tiers, la mutuelle étant subrogée de plein droit aux bénéficiaires des prestations victime d'un accident, dans leur action contre un tiers responsable

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

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments du préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 46 – Organisme de contrôle

La Mutuelle, en raison de sa vocation statutaire, exerce son activité sous le contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) instituée aux articles L.510-1 et suivants du code de la mutualité.

Article 47 – Informatique et Libertés

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de la demande de l'adhérent par la Mutuelle et seront utilisées à des fins de gestion administrative et commerciale.

Les adhérents autorisent par avance et gracieusement la mutuelle à utiliser, à des fins commerciales et publicitaires, leur nom et adresse sans que cette utilisation ne fasse l'objet d'une quelconque rémunération, d'un droit ou d'un avantage, sauf refus expressément porté, par lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

Les informations recueillies pourront le cas échéant, sauf opposition de la part de l'adhérent, être communiquées aux partenaires de la Mutuelle aux fins de l'informer de leurs offres de produits ou de services.

En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et même de radiation des informations nominatives les concernant qu'ils peuvent exercer en écrivant à la Mutuelle Just'En Famille, 53, avenue de Verdun à Valenciennes (59300).

Article 47bis – Loi applicable au contrat

La loi française régit les relations contractuelles et précontractuelles.

La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

TITRE III – RELATIONS DANS LE CADRE DES RISQUES NON-ASSURES PAR LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 – Forme de l'adhésion

Article 48 – Modalités de souscription et d'exécution du contrat

Les modalités de souscription, d'exécution des contrats, les prescriptions, les déchéances et nullités, sont établies par l'assureur des risques.

Lorsqu'elle intervient en qualité d'intermédiaire mutualiste, la mutuelle transmet à la souscription les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels en provenance de l'assureur.

Lorsque la mutuelle gère le contrat pour le compte d'un assureur tiers, sans en assurer le risque, l'assureur est tenu de transmettre au signataire du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels prévus par les dispositions légales ou réglementaires qui régissent ses activités d'assureur des risques.

La mutuelle ne pourrait être tenue pour responsable du contenu desdits documents.

Seule la responsabilité de la mutuelle peut être reconnue dans les cas suivants :

- dans la mesure où elle n'aurait pas distribué le contrat tel que le prévoit l'assureur ;
- dans l'hypothèse où elle gère le contrat pour le compte du tiers, dans la mesure où elle n'aurait pas exécuté les contrats, telle que le prévoit l'assureur des risques.

Article 49 - Qualité de membre participant pour des personnes physiques souscrivant des risques non assurés par la mutuelle

Pour des risques ou prestations servies non assurés par la mutuelle, la personne physique qui adhère au contrat collectif souscrit par la mutuelle peut devenir également membre participant de la mutuelle dans la mesure où elle signe un bulletin d'adhésion et paie une cotisation de mutualisation.

Une notice d'information lui est remise ainsi que les conditions particulières reprenant les prestations qui lui sont directement servies par la mutuelle.

Le montant annuel de la cotisation de mutualisation est de 20 euros Ce montant est fixé par l'Assemblée Générale. Toutefois, cette dernière peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration pour le réviser si nécessaire.

Cette possibilité de devenir membre participant n'est offerte qu'aux seules personnes physiques ayant signé un bulletin d'adhésion au titre de garanties proposées par la mutuelle en tant qu'intermédiaire mutualiste.

Comme pour les adhérents bénéficiant des risques assurés par la mutuelle, l'adhésion à La Mutuelle entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle Santé Just', mutuelle dédiée à La Mutuelle Just' En Famille et soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 442.599.312, sans possibilité pour l'adhérent de se soustraire à cette seconde adhésion.

CHAPITRE 2 – Les prestations

Article 50 – Assistance

La mutuelle souscrit, au profit de ses adhérents, une garantie assistance vie quotidienne, dont les modalités figurent dans une notice remise à chaque membre participant lors de son adhésion et établie par l'assureur du risque.

Elle permet aux adhérents en difficulté, par suite de maladie ou d'accident notamment, de bénéficier d'aide en nature ou en espèces. Dans ce cas, La Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations. La notice détermine les conditions pour bénéficier de ces prestations et les limites des garanties octroyées.

Article 51 – Décès, obsèques

La mutuelle propose la souscription de garanties décès ou allocation obsèques pour lesquelles elle n'assure pas directement les risques. A ce titre, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la mutuelle remet aux membres participants ayant souscrit ces prestations une notice, élaborée par l'assureur des risques, indiquant les droits et obligations des membres participants, de la mutuelle et de l'assureur.

Article 52 - Prévoyance

La mutuelle peut proposer, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la souscription de contrats de prévoyance pour lesquels elle n'assure pas les risques. L'étendue des garanties, les modalités d'exécution du contrat sont reprises dans une notice établie par l'assureur du risque que la mutuelle remet au souscripteur.

Article 53 - Prestations santé

La mutuelle peut, pour le compte d'autres organismes d'assurances, gérer totalement ou partiellement des prestations santé. Dans ce contexte précis, le niveau des prestations servies ainsi que les modalités de versement sont fixées par l'assureur du risque qui en informe ses assurés par la remise d'une notice lors de la souscription.

Article 54 - Autres prestations

La mutuelle peut, pour le compte d'organismes d'assurance ou de l'Economie Sociale, gérer totalement ou partiellement des prestations dans les limites éventuelles fixées par les dispositions légales. L'assureur des prestations informe ses assurés ou sociétaires du niveau de prestations servies, des droits et obligations réciproques, par la remise d'une notice d'information.

Article 55 – Risques exclus

Pour l'ensemble des garanties non assurées par la Mutuelle, les risques exclus sont repris dans la notice établie par l'assureur et remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription.

Article 56 – Paiement des prestations

Les modalités de paiement sont rappelées dans la notice établie par l'assureur des risques et transmise par la mutuelle ou l'assureur à l'assuré lors de la souscription. Si le contrat entre la mutuelle et l'assureur le prévoit, la mutuelle peut gérer tout ou partie des risques, sans pour autant les assurer. Cette information est reprise dans ladite notice.

CHAPITRE 3 – Les cotisations

Section 1 - Modalités en cas de gestion par la Mutuelle

Article 57 - Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement

La mutuelle applique les dispositions telles que définies au contrat par l'assureur des risques.
Une convention de gestion, liant la mutuelle et l'assureur, fixe les droits et obligations réciproques.
La mutuelle peut, si la convention le prévoit, percevoir directement les cotisations versées par les assurés.

Article 58 - Responsabilité – Litiges

La responsabilité de la mutuelle ne peut être retenue qu'en cas de non respect des règles imposées par l'assureur, mais en aucun cas sur la forme et le contenu du contrat.

La mutuelle peut être amenée à procéder au recouvrement des cotisations non réglées si la convention de gestion le prévoit. Des pénalités de retard ou frais de recouvrement peuvent être également réclamés par la mutuelle au souscripteur du contrat.

Section 2 : Prestations diffusées par la mutuelle et non gérées par elle

Article 59 - Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement

L'assureur gère directement les contrats. Le rôle de la mutuelle se limite à porter les garanties à la connaissance de ses membres participants.

En aucun cas la mutuelle ne peut percevoir en son nom des cotisations, aucune convention de gestion n'étant en place.

Article 60 - Responsabilité – Litige

La responsabilité de la mutuelle ne peut être retenue, celle-ci n'assumant ni la gestion ni l'aide à la souscription des contrats.

CHAPITRE 4 – Dispositions diverses

Article 61 – Forclusion

Les délais de forclusion applicables pour ces prestations sont repris dans la notice remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription et établie par l'assureur des risques.

Article 62 – Défaut de paiement

Les modalités du refus de paiement des prestations en cas de non-paiement des cotisations ou de fractions de cotisations sont fixées dans la notice établie par l'assureur des risques et remise par la mutuelle intermédiaire mutualiste ou l'assureur lors de la souscription.

Article 63 – Exclusion

Les risques exclus sont repris dans la notice établie par l'assureur et remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription.

Article 64 - Réclamations

Les modalités de réclamations sont celles reprises dans la notice établie par l'assureur des risques et remise soit par la mutuelle en tant qu'intermédiaire mutualiste ou l'assureur lors de la souscription.