



LE REGLEMENT MUTUALISTE

Relevant du livre II
SIREN 776 950 677



70 Boulevard Matabiau BP 7051
31069 TOULOUSE CEDEX 7
Tél 05 62 73 33 40 Fax 05 61 63 03 77

Objet :

Un règlement mutualiste établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale détermine les conditions d'application des statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement intérieur. Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

CHAPITRE 1^{er} **OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS**

Catégorie de bénéficiaires

Article 1^{er}

La Mutuelle se compose de membres participants (assurés sociaux et ayants droit) et de membres honoraires.

CHAPITRE 2 **OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

Droits d'admission – Cotisations

Article 2

Réservé

Article 3

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation **annuelle fractionnée mensuellement** qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur employeur dans le cadre des contrats collectifs ou des contrats individuels.

Les cotisations sont fixées en fonction des options souscrites et des tranches d'âge s'y rapportant.

Ces cotisations incluent les cotisations spécifiques destinées à des organismes supérieurs (fédérations, unions) ou techniques, de services, de publications..., cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

Article 4

Les membres honoraires personnes physiques peuvent payer une cotisation dont le montant sera **fixé par le Conseil d'Administration**

Article 5

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

CHAPITRE 3 **CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Article 6

Les cotisations établies par le Conseil d'Administration (article 26 des statuts) sont toujours exigibles pour l'année calendaire, aucune exonération ne pourra être demandée sauf dispositions particulières prévues au présent règlement. Les cotisations sont perçues d'avance, de la manière suivante :

- ◆ Par prélèvement
- ◆ Par chèque (postal ou bancaire)
- ◆ Exceptionnellement en espèces
- ◆ Par le service paye des entreprises

Article 7

Tout membre participant qui négligerait de signaler la situation réelle de ses enfants et pour lesquels la Mutuelle aurait, du fait de ses Statuts et Règlement Intérieur, appliqué une catégorie incompatible avec cette

situation, devra s'acquitter du rappel de cotisations dont le décompte sera établi par les Services Administratifs. Ce rappel ne pourra excéder six mois de cotisations. De même si une modification non signalée avait conduit la Mutuelle à percevoir des cotisations à tort, l'adhérent ne pourrait demander le remboursement de ces cotisations que pour un montant équivalent à six mois de cotisation maximum.

Les membres participants sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations effectuées sur leurs relevés bancaires et d'adresser leurs réclamations immédiatement aux Services Administratifs de la Mutuelle.

CHAPITRE 4

CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 8

Tout enfant, d'un membre participant, naissant, devra obligatoirement être signalé aux Services Administratifs de la Mutuelle par un bulletin de naissance dans le plus bref délai. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

Article 9

Tout relevé de prestations payé par la Sécurité sociale est prescrit par deux ans et un trimestre à compter de l'événement qui y donne naissance (date d'émission du décompte ou de la facture). Passé ce délai, il ne sera pas remboursé par la Mutuelle.

Article 9 bis

En cas de changement de garantie en cours d'année, les consommations des différents forfaits de la précédente garantie seront décomptées automatiquement de la nouvelle garantie et ce, jusqu'à la fin de l'année civile.

Article 10

Les prestations pour lesquelles la Mutuelle a délivré des bons de prise en charge seront payées directement par les soins du Service Administratif aux professionnels de santé et établissements ayant signé les conventions passées avec la Mutuelle et accepté ce mode de paiement.

Article 11

La Mutuelle ne paiera les prolongations de séjour en clinique qu'après accord du Régime Obligatoire pour les assurés sociaux.

Article 12

Sauf dans les cas de tiers payant intégral permettant à la Mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés, pour le membre participant ou ses ayants droit et dans les limites prévues au présent règlement, la Mutuelle n'intervient qu'après la participation de la Caisse d'Assurance Sociale dont relève l'adhérent.

Les remboursements des frais de soins sont alors remboursés par la Mutuelle au vu des documents transmis par le Régime Obligatoire et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission.

A défaut de télétransmission, les remboursements sont effectués sur présentation d'un décompte du Régime Obligatoire, accompagné, selon les options et les prestations, d'une prescription médicale.

Les demandes de remboursement doivent parvenir à la Mutuelle dans le délai prévu à l'article 9. La Mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la Mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le Régime Obligatoire.

Article 13

L'adhérent appartenant à une Caisse d'Assurance avec laquelle la Mutuelle n'aura pas signé de convention de télétransmission devra se faire rembourser par sa Caisse et présenter le décompte au Service Administratif pour paiement du ticket modérateur.

Article 14 - Démission

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception, deux mois avant l'échéance de l'année civile (31 octobre).

La démission sera considérée comme effective dès le retour de la carte mutualiste au siège de la mutuelle ou des agences.

Article 15 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions fixées aux Statuts, Règlement Mutualiste et Règlement Intérieur, subordonnant l'adhésion et en application des articles L .221.8 et L.221.17 du Code de la Mutualité.

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation depuis trois mois. Cependant, au deuxième mois les prestations sont suspendues à titre conservatoire. La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée dès l'expiration du délai précité ; La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Article 16 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Président du Conseil d'Administration, ou son représentant, par lettre recommandée avec accusé de réception pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. Le Président du Conseil d'Administration, ou son représentant, présente un rapport de situation devant le Conseil d'Administration qui peut proposer l'exclusion de ces membres.

Article 17 - Conséquence de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

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

Article 18 – Contrats responsables

La mutuelle applique le contenu des *Contrats Responsables* tels que définis par la réglementation en vigueur (article 22 de ce règlement).

Elle s'engage à communiquer les frais de gestion et d'acquisition comme le stipule l'arrêté du 17 avril 2012. Elle satisfait ainsi les obligations fiscales et sociales.

CHAPITRE 5 OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Section I Prestations accordées par la Mutuelle

Article 19

Les prestations de la mutuelle sont définies par rapport à la réglementation fixée par le régime obligatoire de Sécurité sociale. En cas de modification de la réglementation du régime obligatoire, la mutuelle peut être contrainte d'ajuster la définition des prestations et/ou des cotisations en conséquence sans que cela constitue une remise en cause du contrat.

Ces modifications sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions suivantes : par courrier, par le journal AMI MUTUALISTE ou par VIVA.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le domaine de la maladie et de la chirurgie sont réparties en options, dont le détail est fourni en annexe.

La Mutuelle prend en charge dans toutes ces options, la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) sauf exception :

- ◆ Le forfait journalier pour maladie et chirurgie suivant les options,
- ◆ Différentes prestations, en supplément du ticket modérateur ou non prises en charges par les Régimes Obligatoires, sont attribuées sous forme de forfait ou de dépassement suivant l'option souscrite par l'adhérent.

Les prestations de la mutuelle ont un caractère indemnitaire. La mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit, contre les tiers responsables.

Article 20

Les membres participants, (à l'exception de ceux relevant de la CMU, qui bénéficiaient de la législation en vigueur) ont droit, en cas de maladie ou de blessure sauf lorsqu'elles relèvent de la législation sur les accidents de travail, de la route, d'activités sportives, de scolarité, et les maladies professionnelles, (dans ces conditions le membre participant s'engage à informer la mutuelle dès que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers)

- a) Au remboursement des frais médicaux (consultations, visites ordinaires ou de spécialistes, de nuit et de dimanche, médicalement justifiées), sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.
- b) Au remboursement des soins dentaires sur les bases ci-dessous :
100 % au maximum du ticket modérateur laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant, plus une somme forfaitaire en matière de prothèse, le montant en étant fixé par l'option souscrite.
- c) Pour tous les médicaments prescrits sur ordonnance par médecin, à l'exclusion des produits, appareils et accessoires non remboursés par le Régime Obligatoire, même s'ils ont été prescrits par un médecin, au remboursement sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.
- d) La mutuelle ne prend pas en charge les médicaments dont le taux de prise en charge par le Régime Obligatoire est inférieur à 35 % **sauf pour les contrats qui le prévoient**. Pour le vaccin anti-grippe non pris en charge par la Sécurité sociale, prise en charge à 100 %, selon l'option souscrite, prise en charge de 2 prestations préventions prévues par le décret « contrat responsable ».
- e) Au versement d'une allocation égale au montant du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation dans les établissements MCO, SSR et psychiatrique
- f) Au versement d'une allocation couvrant les frais de lit d'accompagnant pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les enfants de moins de 15 ans, selon les modalités du contrat.
- g) Au remboursement des appareils orthopédiques, bandages, optique médicale, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire plus un forfait optique déterminé par l'option souscrite.
- h) A un forfait, pour les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, déterminé par l'option souscrite.
- i) Un forfait pour l'achat de prothèse capillaire consécutif à une chimiothérapie, en fonction de l'option souscrite.
- j) A un forfait pour les prothèses mammaires dans le cas du cancer du sein, en fonction de l'option souscrite.
- k) Au remboursement des examens et traitements d'électroradiologie, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) laissé à la charge des assurés sociaux par le Régime Obligatoire dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.

l) Au remboursement des analyses : sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) du ticket modérateur laissé à la charge des assurés sociaux par la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement supportés par le membre participant.

m) Pour les cures thermales et à un forfait (honoraires médicaux et établissement thermal) déterminé par l'option souscrite.

n) Pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé et permanent, sur la base du remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) pendant une durée maximum d'un mois pour les assurés sociaux, selon l'option souscrite.

Toutes ces prestations seront calculées en fonction des tarifs opposables du Régime Obligatoire.

Article 21

La Mutuelle verse les prestations définies dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle et aux conditions prévues par celle-ci aux adhérents qui l'auraient choisie comme gestionnaire du Régime Complémentaire.

Article 22

NON PRISE EN CHARGE

La mutuelle ne prend pas en charge :

- ◆ La participation forfaitaire prévue à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale sur les actes et consultations médicales.
- ◆ La franchise forfaitaire annuelle applicable sur les médicaments, les actes effectués par les auxiliaires médicaux sauf dans le cadre d'une hospitalisation, les transports en véhicule sanitaire, à l'exception des transports d'urgence.
- ◆ Les majorations de participation prévues à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi, les règlements ou les conventions médicales.
- ◆ Les dépassements d'honoraires des médecins dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et les conventions médicales, y compris en fonction de l'option souscrite (sauf l'option de coordination).
- ◆ La majoration de participation prévue à l'article L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès à son dossier médical personnel.

Article 23

Montant du remboursement :

a) Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et de l'assistant, à une somme égale à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et son tarif conventionné,

b) Forfait opératoire, examen radiologique et de laboratoire, à une somme égale à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et son tarif conventionné,

c) La pharmacie extra usuelle : le règlement de la fourniture sur ordonnance des produits pharmaceutiques remboursables par le Régime Obligatoire est égal à la différence entre le remboursement du Régime Obligatoire et le montant total de l'ordonnance.

Article 24

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent et après tout autre remboursement.

Article 25 :

Selon la nature des contrats souscrits, MUTAMI intervient également dans le domaine natalité/obsèques. Ces garanties, non viagères, sont conclues pour une durée d'un an.

MUTAMI n'est pas liée au-delà de l'année en cours. Toutefois, seule l'assemblée générale, par décision spéciale, peut continuer à proposer ces prestations l'année suivante.

Article 26

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle. L'engagement du mutualiste dans une option spécifique s'entend pour l'année civile, renouvelé par tacite reconduction.

Article 27 -Réclamations

Les adhérents de la Mutuelle ont la possibilité de contacter le service des réclamations pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime. Les réclamations doivent être adressées à : MUTAMI service Réclamations 70 boulevard Matabiau BP 7051 31069 TOULOUSE cedex 7

Un accusé réception sera établi dans les 10 jours ouvrés à compter de la date de réception de la réclamation.

Une réponse sera faite sous deux mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Article 28 - Médiation de la consommation

Si le litige entre un adhérent et la Mutuelle perdure, suite à une irrésolution par voie de réclamation(s), ou à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite, cet adhérent peut saisir le Médiateur de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue Vaugirard 75719 PARIS cedex 15
- Soit par l'adresse mail : mediation@mutualite.fr
- Soit directement par le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

Article 29 – Définitions générales des prestations

Chaque adhérent reçoit une information spécifique relative aux conditions particulières de son contrat.

Article 30 - Autorité de Contrôle

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité, disposition du Livre II.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).