

ADDITIF au REGLEMENT MUTUALISTE
Modifications applicables au 1^{er} JANVIER 2017

Décision du Conseil d'Administration du 7 novembre 2016

Cotisations mensuelles	OPTION B	OPTION C	OPTION D
moins de 40 ans	40,70 €	52,90 €	81,80 €
40 à moins de 50 ans	48,15 €	63,15 €	98,20 €
50 à moins de 60 ans	59,05 €	75,70 €	116,35 €
60 à moins de 70 ans	71,10€	90,05 €	136,50 €
70 ans et plus	76 €	96 €	136,50 €
enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème})	24,25 €	30,60 €	43,75 €
<i>« Spécial 16/30 ans » à 30 ans passage à - 40 ans</i>	27,70 €	33,85 €	50,75 €

Cotisations mensuelles	OPTION F
moins de 40 ans	13,10 €
40 à moins de 50 ans	14,40 €
50 à moins de 60 ans	15,55 €
60 ans et plus	17,90 €
Enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème})	10,75 €

MUTUELLE DE PRÉVOYANCE ET DE SANTÉ

M. P. S.

REGLEMENT MUTUALISTE

ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE

Garantie du remboursement des frais médicaux en cas de maladie ou d'accident, dans la limite des frais réellement engagés, d'une part, et des montants maximum indiqués dans l'annexe II – Prestations - du présent règlement.

La mutuelle peut également prévoir des prestations accessoires, reprises dans l'annexe II précitée.

Elle ne prend pas en charge les pénalités prévues par la loi dans le cas du non respect du parcours de soins, ni les suppléments d'honoraires pour les actes codifiés par la Sécurité Sociale « Hors Parcours de Soins ».

Elle exclut également les participations forfaitaires et les franchises mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

SECTION I – DATE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, RENOUVELLEMENT

L'adhérent et ses bénéficiaires doivent obligatoirement être affiliés à la même option.

L'adhésion prend effet :

- au 1^{er} du mois si la demande parvient pour le 15 du mois en cours ;
 - au 1^{er} du mois suivant si la demande parvient après le 15 du mois.
- le cachet de la Poste faisant foi.

Le contrat est souscrit dans le cadre de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction chaque année du 1^{er} janvier au 31 décembre, tant que les conditions d'admission restent remplies.

Les garanties des options B-C-D prennent effet immédiatement à condition d'avoir adhéré pendant un an à un autre régime complémentaire. Le contrat doit être en continuité du précédent et un certificat de radiation datant de moins de 2 mois devra le justifier. Si ces conditions ne sont pas remplies, une période de franchise, dite « de carence », de 3 mois sera appliquée sur les prestations forfaitaires. Seul, le montant du ticket modérateur sera pris en charge.

Pour l'Option F « sur complémentaire », une carence obligatoire de 3 mois est appliquée.

Lors de la naissance d'un enfant, aucun délai de stage ne lui sera appliqué s'il est inscrit le 1^{er} du mois de l'événement.

ARTICLE 3 – RESILIATION

Il peut être mis fin au contrat pour les raisons suivantes :

- à la demande de l'adhérent, à chaque échéance annuelle, tant pour lui-même que pour le conjoint et les ayants droit, par lettre recommandée envoyée au plus tard le 30 novembre, et à titre tout à fait exceptionnel (sauf option F), après une période de 3 mois calculés à partir du 1^{er} du mois qui suit cette demande, et ceci, après étude du dossier et justificatifs à l'appui.
- d'office dans l'hypothèse où les conditions d'admission ne seraient plus réunies ;

- 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 ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Toute radiation de l'option F est définitive, pour l'adhérent comme pour les ayants droit.

Pour les options B-C-D, le certificat de radiation n'est délivré que :

- si les cotisations sont à jour,
- si la période de prévenance est respectée,
- si la carte « Mutuelle » est restituée, toute utilisation frauduleuse entraînant des poursuites.

SECTION II – ADMISSION DES ADHERENTS

ARTICLE 4 – CONDITIONS D'ADMISSION

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques âgées de 16 ans et plus pour toutes les options si elles remplissent les conditions suivantes :

- les assurés sociaux à titre individuel, ou en groupes d'entreprises (PME, PMI), les travailleurs non salariés, les étudiants ;
- les conjoints ou les concubins des membres participants ;
- les enfants de moins de 18 ans à la charge du membre participant, de son conjoint ou de son concubin déclaré, tels qu'ils sont définis par la législation sur les assurances sociales ; ils peuvent être maintenus jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils fêtent leur 25^{ème} anniversaire, sur présentation chaque année d'un justificatif de scolarité, ou d'une attestation sur l'honneur de l'adhérent précisant qu'ils sont toujours à sa charge et à son domicile, s'ils ne poursuivent plus d'études.

Le bulletin d'adhésion doit comporter les mentions obligatoires prévues par le Code de la Mutualité. Les membres participants doivent le signer, ce qui implique l'adhésion formelle aux statuts et règlement de la mutuelle dont ils ont pris connaissance.

Pour le contrat sur complémentaire « option F », l'adhérent doit bénéficier d'une couverture « contrat responsable » prenant en charge des prestations au-delà du 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Il doit pouvoir le justifier sur demande de la Mutuelle. Le conjoint peut être inscrit sur le même dossier, à condition d'avoir la même couverture complémentaire. Dans le cas contraire, l'adhésion doit être individuelle.

Les adhérents de l'option D peuvent souscrire à l'option F et, dans ce cas, il s'agit d'un 2^{ème} contrat sur lequel doivent être inscrits les mêmes ayants droit.

La mutuelle peut admettre des membres honoraires en considération de l'intérêt manifesté pour la mutuelle.

ARTICLE 5 – CATEGORIE DE BENEFICIAIRES

Les membres participants se répartissent en 2 catégories :

- la catégorie A qui comprend les options B - C – D (couverture complémentaire aux divers régimes Sécurité Sociale) ;
- la catégorie B qui comprend l'option F (couverture sur complémentaire à un autre régime complémentaire).

Lorsqu'un membre participant ne remplit plus l'une des conditions prévues à l'article 4 de ce règlement, il est obligatoirement radié ainsi que les membres de sa famille, en application de l'article 3 de ce règlement.

Par personnes à charge, il y a lieu d'entendre les conjoints, les concubins déclarés et enfants considérés comme « personnes à charge » par le régime d'assurance maladie obligatoire dont relève l'adhérent, ainsi que toute personne prise en charge sous le numéro de Sécurité Sociale de l'adhérent ou de son conjoint.

Les adhérents sont tenus de faire connaître par écrit, à la mutuelle, toute modification intervenant dans leur situation de famille.

SECTION III – COTISATIONS

ARTICLE 6

La cotisation est individuelle et est déterminée suivant l'âge de chaque personne. L'âge de référence est celui du mois de l'adhésion, sans changement de tranche d'âge par la suite. Elle n'évolue qu'en fonction des augmentations générales.

La cotisation peut également être déterminée par tranche d'âge, le mois de naissance étant la référence.

Elle fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, et est définie en annexe I du présent règlement.

Tout rejet bancaire du fait de l'adhérent ou de chèque impayé entraîne **des frais forfaitaires de 10 €**.

Le paiement de la cotisation est effectué par périodes mensuelles vers le 10 de chaque mois à terme à échoir.

Un prélèvement mensuel sur salaire peut être décidé d'un commun accord entre la Mutuelle et l'employeur quelle que soit l'option.

Tout changement d'option (B-C-D) ne peut se faire qu'après un an d'adhésion, et ce, au 1^{er} janvier de chaque année. Il prend en compte l'âge au moment de ce changement qui est considéré comme une nouvelle adhésion, mais aucune carence n'est appliquée. La demande doit parvenir avant le 31 décembre.

*SECTION IV – CONDITIONS D’OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS
ACCORDEES PAR LA MUTUELLE*

ARTICLE 7 – DROIT AUX PRESTATIONS

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

Les prestations accordées par la mutuelle figurent en annexe II. Elles concernent des prestations complémentaires des régimes de Sécurité Sociale ou des travailleurs non salariés, et des allocations forfaitaires. Elles sont versées sur présentation de justificatifs en tenant compte de la participation d’autres organismes. Elles sont virées sur le compte où sont prélevées les cotisations.

Seule la date des soins prise en compte par la Sécurité Sociale sert de référence pour le règlement des prestations. La Mutuelle se réserve le droit de faire effectuer des contrôles par des personnes ou des organismes accrédités.

Les pièces justificatives permettant le règlement des prestations sont conservées par la Mutuelle pendant 2 ans après la date de paiement. Aucune réclamation concernant le paiement ne pourra excéder 6 mois après son versement.

Sont exclus du droit aux prestations de la Mutuelle :

- les membres qui n’ont pas fourni les pièces justificatives inhérentes au type de prestations ;
- les accidents de travail ou de trajet.

ARTICLE 8 – PRINCIPE INDEMNITAIRE

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.

ARTICLE 9 – PRESCRIPTION

Le délai de prescription au-delà duquel les membres ou leurs ayants droits ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires est fixé à deux ans à compter de la date de l’acte ou du fait motivant la prestation, dans les conditions de l’article L.221-11 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 10 – CLOTURE DU DROIT A PRESTATIONS

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 11 – SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l’adhérent victime d’un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu’elle soit partagée. Cette subrogation s’exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, 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 de 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.

Ne donnent pas droit aux prestations les maladies ou blessures imputables à un accident sportif, scolaire ou tout autre risque déjà couvert par un autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

SECTION V – FONDS SOCIAL

ARTICLE 12

Sur constitution d'un dossier avec pièces justificatives, la Commission « Prestations Exceptionnelles et Recours » peut allouer des prestations exceptionnelles aux adhérents et à leurs bénéficiaires dans des situations financières délicates liées à la maladie, l'infirmité, la maternité (enfant mort-né...).

Concernant le décès, une participation peut être accordée sur présentation du bulletin de décès et de la facture acquittée des frais engagés.

SECTION VI – ACCES AUX ŒUVRES SANITAIRES ET SOCIALES ET CONVENTIONS

ARTICLE 13

La Mutuelle signe des conventions dans la mesure de ses prestations avec l'ensemble des œuvres de la Mutualité Française permettant ainsi aux adhérents de bénéficier de prise en charge financière directe avec ces organismes.

ARTICLE 14

Article réservé

SECTION VII – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 15 – INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisés dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

ARTICLE 16 – MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par le conseil d'administration.

Le dossier, constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à adresser au siège de la Mutuelle.

ANNEXE I**COTISATIONS MENSUELLES en euros au 1^{er} JANVIER 2016**

	OPTION B	OPTION C	OPTION D
30 à moins de 40 ans	39,70	51,60	79,80
40 à moins de 50 ans	46,95	61,60	95,80
50 à moins de 60 ans	57,60	73,85	113,50
60 à moins de 70 ans	69,35	87,85	135,00
70 ans et plus	76,00	96,00	136,50
Enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème})	23,65	29,85	42,65
« spécial 16/30 ans » (*)	27,00	33,00	49,50

(*) le mois du 30^{ème} anniversaire : passage dans la tranche des moins de 40 ans qui devient définitive sauf en cas de changement d'option -

OPTION F**DROIT D'ADHESION – 18 €**

Carences obligatoires de 3 mois

Moins de 40 ans	12,25
40 à 49 ans	13,45
50 à 59 ans	14,55
60 ans et plus	16,75
Enfant - gratuité à partir du 3 ^{ème}	10,05

Nota – Le paiement de la cotisation mensuelle est affecté à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Une part de cette cotisation est individuelle et forfaitaire selon les critères suivants :

- option à laquelle est rattaché le membre participant,
- bénéficiaires, tels que définis à l'article 6 des statuts pour lesquels le membre participant cotise.

A cette part, s'ajoutent :

- les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs (Unions, Fédération) ou techniques de la Mutualité, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes ;
- la participation spécifique du membre participant et de ses ayants droit couvrant le forfait journalier hospitalier dont le montant évolue en fonction du coût global de cette prestation ;
- les taxes diverses, telles que la contribution à la couverture maladie universelle et la taxe sur les conventions d'assurance.

Les cotisations ainsi obtenues évoluent en fonction du bilan financier de chacune de leurs composantes (options de prestations, cotisations aux organismes supérieurs ou techniques, forfait journalier, etc.). Le cumul de ces composantes peut être si besoin arrondi.

ANNEXE II

PRESTATIONS en euros au 1^{er} JANVIER 2016

OPTIONS B - C - D

Remboursement intégral du Ticket Modérateur (TM) sur tous les frais et actes médicaux
selon la base de remboursement de la Sécurité Sociale
ainsi que des forfaits dans la limite des frais engagés

PRESTATIONS FORFAITAIRES		B	C	D
OPTIQUE ACOUSTIQUE	Optique sur verres et monture (1 équipement pour 2 ans) incluant TM	200	350	470
	Chirurgie oculaire au laser (<i>par an</i>)	200	350	470
	Lentilles (<i>par an</i>)	110	160	240
	Audioprothèse (<i>par an</i>)	400	750	1 200
DENTAIRE	Prothèse ou implant dentaire ou inlay (<i>par an</i>)	160	400	750
	Orthodontie (<i>par an</i>)	150	300	600
	Parodontologie (<i>par an</i>)	50	75	100
HOSPITALISATION ou SOINS AMBULATOIRES	Forfait journalier hospitalier	pris en charge intégralement		
	Chambre particulière, dépassements d'honoraires...(<i>par an</i>)	600	760	1 400
MÉDECINE	Médecin généraliste (<i>par acte</i>)		10	15
	Spécialiste (<i>par acte</i>)	10	20	40
	Professeur codifié en C3 (<i>par acte</i>)		40	70
	Ostéopathie par séance (<i>3 par an</i>)	10	15	20
PRÉVENTION	Densitométrie osseuse (<i>par an</i>)	40	50	60
	Sevrage tabagique	50	50	50
AUTRES	Prothèses diverses/petit appareillage (<i>par an</i>)	160	400	700
	Cure (<i>par an</i>)	140	140	140
	Maternité/Adoption (<i>1 an d'adhésion</i>) pour l'adhérent uniquement	200	300	450

Nota – Les actes codifiés « non C.A.S. » (Contrat d'Accès aux Soins) subissent un abattement de 20 % sur les remboursements forfaitaires, conformément à la réglementation en vigueur.

PRESTATIONS FORFAITAIRES (en fonction du contrat)

Optique : participation limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, incluant le ticket modérateur, après acceptation de la Sécurité Sociale, la prise en charge de la monture étant limitée à 150 € au sein du remboursement de l'équipement global.

Chirurgie oculaire au laser : forfait annuel pour une chirurgie non prise en charge par la Sécurité Sociale.

Lentilles : forfait annuel, sur présentation de la facture accompagnée de la prescription de l'ophtalmologiste datant de moins d'un an.

Audioprothèse : forfait annuel après prise en charge de la Sécurité Sociale.

Prothèse dentaire ou implant dentaire ou inlay : forfait annuel sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées ou de la notification de refus de cet organisme accompagnée de la facture du praticien.

Orthodontie : forfait annuel sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées.

Parodontologie : forfait annuel sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste et du relevé de la Sécurité Sociale mentionnant sa prise en charge.

Forfait journalier hospitalier : participation illimitée à l'exception des structures d'hébergement médico-social.

Hospitalisation (sauf long séjour) **ou soins ambulatoires** : forfait annuel concernant les frais d'hospitalisation, uniquement pour les établissements conventionnés par la Sécurité Sociale, pouvant comprendre la chambre particulière, les dépassements d'honoraires, le lit d'accompagnement ou la pension d'un parent dans un centre agréé spécialisé pour les enfants de moins de 12 ans. Sont exclus tous autres frais (repas, télévision, téléphone...)

Médecins généralistes : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués par un médecin généraliste. Sont exclus les dépassements pour les visites à domicile.

Spécialistes : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués par un spécialiste. Sont exclus les dépassements pour les visites à domicile.

Professeurs reconnus comme tels par la Sécurité Sociale avec une codification « C3 » : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés.

Ostéopathie : forfait par séance avec un maximum de 3 par an, sur présentation de la facture du professionnel de santé.

Densitométrie osseuse : forfait annuel sur présentation de la facture et de la prescription médicale.

Sevrage tabagique : forfait sur présentation du relevé de la Sécurité Sociale mentionnant sa prise en charge.

Prothèses diverses et petit appareillage : forfait annuel pour toute prothèse, après acceptation de la Sécurité Sociale, à l'exception des prothèses dentaires.

Cure : une fois par an avec accord de prise en charge Sécurité Sociale.

Maternité (si inscription de l'enfant à la naissance) : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation d'une fiche d'état civil portant filiation de l'enfant et d'un justificatif de prise en charge par un régime de protection sociale français par l'un des parents. En cas de naissances multiples, ce forfait est proportionnel au nombre d'enfants.

Adoption (si inscription de l'enfant à l'adoption) : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation du jugement d'adoption pour un enfant mineur.

OPTION F « SUR COMPLEMENTAIRE »

Ces prestations forfaitaires ne peuvent venir qu'après une couverture complémentaire à la Sécurité Sociale, et ne concernent pas le ticket modérateur - Elles ne peuvent être versées qu'après les remboursements de tous les organismes complémentaires.

FORFAITS (dans la limite des frais engagés)		
OPTIQUE ACOUSTIQUE	Optique sur verres et monture ou chirurgie oculaire au laser (<i>par an</i>)	150
	Lentilles (<i>par an</i>)	100
	Audioprothèse (<i>par an</i>)	550
DENTAIRE	Prothèse ou implant dentaire ou inlay (<i>par an</i>)	350
	Orthodontie (<i>par an</i>)	300
HOSPITALISATION ou SOINS AMBULATOIRES	Chambre particulière, dépassements d'honoraires.... (<i>par an</i>) <i>hors forfait journalier</i>	300
MEDECINE	Médecin généraliste (<i>par acte</i>)	10
	Spécialiste (<i>par acte</i>)	20
	Professeur codifié en C3 (<i>par acte</i>)	40
PREVENTION	Densitométrie osseuse (<i>par an</i>)	40
	Ostéopathie par séance (2 par an)	10
AUTRES	Prothèses diverses/petit appareillage (<i>par an</i>)	300
	Maternité/Adoption (<i>1 an d'adhésion</i>) pour l'adhérent uniquement	200

CONDITIONS PARTICULIERES

Ostéopathie : s'il s'agit d'un professionnel de santé -

Maternité (si inscription de l'enfant à la naissance) : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation d'une fiche d'état civil portant filiation de l'enfant et d'un justificatif de prise en charge par un régime de protection sociale français par l'un des parents. En cas de naissances multiples, ce forfait est proportionnel au nombre d'enfants. Il sera versé au 7^{ème} mois d'inscription.

Adoption (si inscription de l'enfant à son adoption) : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation du jugement d'adoption pour un enfant mineur. Le forfait sera versé au 7^{ème} mois d'inscription.

Remboursement sur présentation des décomptes des organismes complémentaires à la Sécurité Sociale et devant comporter : les frais engagés, le remboursement Sécurité Sociale, et le remboursement complémentaire. Tout autre justificatif peut être demandé pour le règlement des prestations.

Nota : tous les forfait annuels ont pour référence l'année civile -