

DES PRESTATIONS

Article P1 - Droit aux prestations

Les prestations garanties par la mutuelle s'entendent dans le cadre des statuts et du présent règlement mutualiste. Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les ayants droits mutualistes ne peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle de Bagneaux que dans la mesure où les membres participants dont ils sont ayants droit, sont à jour des compléments de cotisations correspondants.

Article P2 – Stage

Le droit aux prestations pour l'ouvrant droit et sa famille ne prend effet qu'après avoir un accompli un délai de stage de :

- 1 mois pour les honoraires médicaux, la radiologie, les actes d'auxiliaires médicaux, la pharmacie, les remboursements des vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale.
- 3 mois pour les soins et prothèses dentaires, l'orthodontie, l'appareillage, les prothèses auditives, l'optique, la cure, la maternité, le décès, les hospitalisations.

Sont dispensés de stage :

- les membres venant par mutation d'une autre mutuelle régie par le Code de la Mutualité. Le membre participant doit faire parvenir à la MUTUELLE DE BAGNEAUX un certificat de radiation de son ancienne Mutuelle.
- Le conjoint et les enfants d'un membre participant à condition que la demande d'inscription en tant qu'ayant droit soit faite :
 - Dans un délai maximum de 3 mois après le mariage ;
 - Dans un délai maximum de 3 mois après la naissance ou l'adoption de l'enfant.

Article P3 - Forclusion des prestations

Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les vingt quatre mois à compter de la date de reçu du ticket modérateur ou la date de l'évènement à indemniser, accompagnée des pièces justificatives.

Article P4 - Forclusion des réclamations

Le délai de forclusion pour qu'une réclamation concernant des prestations mutualistes versées ou refusées soit recevable est de 6 mois à compter de la date du décompte émis par la MUTUELLE DE BAGNEAUX ou du refus.

Article P5 – Exclusion

Sont expressément exclus des garanties de la Mutuelle, les interventions, soins et hospitalisation quelle qu'en soit la nature, pratiqués à la suite :

- D'un des faits suivants : mutilation volontaire, duel, tentative de suicide, participation volontaire à une rixe, participation directe et effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, cataclysme ayant le caractère de force majeure, pari, défi, match.
- De faits de guerre civile ou étrangère et spécialement de ceux d'agent bactériologique, chimique ou atomique.
- D'un accident résultant d'un état d'ivresse reconnu ou de l'usage de stupéfiants.
- D'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle donnant droit au bénéfice des dispositions de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles.
- D'un accident résultant de la pratique par le sociétaire de tout sport pratiqué à titre d'amateur et couvert par un contrat d'assurance accident individuel, de groupe, particulier ou spécifique et quelle que soit la nature juridique de ce contrat. Il en est de même en ce qui concerne les accidents scolaires.

Article P6 - Tableaux des garanties

Voir documents en annexe A

Descriptif des prestations accordées

Article P7 - Paiement des prestations

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si l'adhérent est à jour de ses cotisations.

Les membres participants adresseront leurs demandes de remboursement à la Mutuelle au cas où leurs prestations n'auraient pas été versées directement par le système de télétransmission de la Sécurité Sociale (NOEMIE) ou du régime obligatoire des travailleurs non salariés.

Les décomptes originaux de la Sécurité Sociale ou d'autres régimes obligatoires similaires qui constituent les pièces comptables, restent archivés à la Mutuelle jusqu'à la date de prescription de ceux-ci, soit 2 ans et un trimestre.

En cas de nécessité, une photocopie pourra être produite à la demande du membre participant.

En cas de surcomplémentarité, lorsqu'un membre participant de la Mutuelle de Bagneaux est également adhérent à un autre organisme complémentaire, les prestations des présents statuts ne pourront être versées que sur présentation du décompte original de l'autre organisme complémentaire, de la copie du décompte de la Sécurité Sociale (ou d'une autre caisse de régime obligatoire), ainsi que le cas échéant des originaux des factures acquittées.

En aucun cas, le remboursement de la Mutuelle, de l'autre organisme complémentaire et du régime obligatoire ne pourront excéder la dépense engagée par le membre participant.

En cas de mise sous tutelle, les prestations sont versées à l'organisme gestionnaire du compte de l'adhérent.

En cas de perte des pièces justificatives originales, il appartient au membre participant de faire établir un duplicata et d'y joindre une note attestant et expliquant la non présentation des pièces originales.

Article P8 – Délais et défauts de versements des prestations

Le montant des prestations est versé par virement interbancaire dans un délai moyen de 4 jours, à condition que le dossier de remboursement soit complet, conformément à l'article P7 du présent règlement. A défaut de paiement des prestations dues par la mutuelle et trente jours après une mise en demeure par pli recommandée avec accusé de réception, le membre participant pourra résilier le contrat et engager les poursuites pour réparer le préjudice subi.

- Pour percevoir les prestations servies par la mutuelle, les membres bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.
- La validité des pièces justificatives pour percevoir les prestations de la mutuelle est fixée à 24 mois à partir de la date des soins.
- Les prestations seront servies par la mutuelle, suivant les conditions de la catégorie où il se trouvait à la date des soins.

Article P9 - Limite des remboursements

En application de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 : « les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après

les remboursements de toute nature auxquels il a droit ».

Lesdits montants ne peuvent par ailleurs excéder le montant maximal des remboursements complémentaires prévus au contrat.

En outre, et sauf exceptions inscrites dans le tableau des garanties, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime de Sécurité Sociale du bénéficiaire n'ouvrent pas droit à un remboursement complémentaire.

Article P10 – Subrogation

La Mutuelle de Bagneaux est subrogée de plein droit au bénéficiaire, 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 concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte 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 préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnisent 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.

L'adhésion à la Mutuelle comporte de la part de son auteur mandat donné à celle-ci de remplir les fonctions de correspondant local auprès de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie et d'encaisser à ce titre, pour le compte de l'adhérent assuré social, les prestations qui lui sont dues par ladite caisse.

Cette adhésion vaut également abandon au profit de la mutuelle des sommes récupérées lorsque celles-ci correspondent à des prestations en nature fournies par un établissement conventionné et dont le paiement préalable a été effectué par la mutuelle dans les conditions prévues par l'article L.322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

HOSPITALISATIONS

HOSPITALISATION DANS UN ETABLISSEMENT CONVENTIONNE

Article P11 - CHAMP D'APPLICATION

1 - HOSPITALISATIONS

Sont visés par le champ d'application du présent règlement, les établissements de santé publics et privés sous réserve que l'hospitalisation ait été acceptée par la Sécurité Sociale.

Frais couverts

2 - MALADIE

Sont couverts la part restant à la charge de l'assuré pour les frais remboursables par la Sécurité Sociale ainsi que certains frais non pris en charge par la Sécurité Sociale à savoir : ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, supplément pour chambre particulière, frais d'accompagnant et SAMU. La prise en charge est limitée à la durée de séjour admise par le régime obligatoire. Le ticket modérateur en psychiatrie est limité à 90 jours.

Forfait journalier

Le forfait journalier est remboursé à hauteur des frais réels. Il est limité à 365 jours pour une même affection. Le forfait hospitalier en psychiatrie est limité à 90 jours.

Chambre particulière

Les frais d'occupation d'une chambre particulière en médecine, chirurgie et psychiatrie confondu non remboursés par la Sécurité Sociale, sont garantis dans la limite de 60 jours par an et par bénéficiaire, (voir tableau des garanties) selon votre barème de garantie.

Frais d'accompagnement

Les frais d'accompagnement en hospitalisation, facturés par l'établissement, sont garantis dans la limite de 60 jours par an et par bénéficiaire, (voir le tableau des garanties) selon votre barème de garantie.

Procédure de délégation de paiement

Pour bénéficier de la délégation de paiement, l'adhérent devra demander à la Mutuelle de Bagneaux une prise en charge d'hospitalisation. Celle-ci sera envoyée directement à l'établissement.

La Mutuelle règle directement l'établissement.

Fréquentation d'un établissement hospitalier

Les frais de transports, non pris en charge par la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle.

Hospitalisation en urgence

L'adhérent hospitalisé en urgence sera garanti d'un remboursement.

FOREAITS

Article P12

En outre de la partie non couverte par les taux de sécurité sociale calculée sur ses tarifs de responsabilité, la mutuelle assure à ses membres participants ayant acquitté les cotisations et, le cas échéant, à leurs ayants droit mutualistes, le bénéfice de prestations forfaitaires dans différents domaines.

Article P13

Ces prestations sont versées sur présentation des pièces justificatives dans la limite des frais réellement engagés. Le membre participant doit obligatoirement adresser à la Mutuelle les factures originales acquittées et éventuellement le décompte édité par la Sécurité Sociale.

Article P14 - Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale

La mutuelle rembourse une participation maximum par vaccin prescrit sur présentation du volet de facturation délivré par le pharmacien et de la photocopie de la prescription médicale, (voir le tableau des garanties) selon votre barème de garantie.

Article P15 - Optique médicale

En cas d'achat de lunettes médicales (montures ou verres) ou de lentilles acceptées par la Sécurité Sociale, la participation de la mutuelle est égale à (voir le tableau des garanties) tous les deux ans sauf avis médical et enfant de moins de 16 ans et par bénéficiaire, sur présentation de la facture.

Les prestations forfaitaires concernant les lunettes médicales et les lentilles cornéennes ne sont cumulables entre elles que dans la limite du montant forfaitaire par an et par bénéficiaire et dans la limite des frais réellement engagés.

Article P16 - Prothèses dentaires

Pour toute prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité Sociale, la participation de la mutuelle est égale à (voir le tableau des garanties) selon votre barème de garantie et dans la limite des frais réellement engagés.

Article P17 – Orthodontie

Pour tout traitement d'orthodontie pris en charge par la Sécurité Sociale, la participation de la mutuelle est égale à (voir le tableau des garanties) selon votre barème de garantie et dans la limite des frais réellement engagés. Cette prestation est versée sur présentation de la facture acquittée et du décompte Sécurité Sociale pour les adhérents ne bénéficiant pas de la télétransmission.

Article P18 - Appareillage acoustique

Pour tout achat d'un appareil acoustique pris en charge par la Sécurité Sociale, la participation maximum de la mutuelle est égale à (voir le tableau des garanties) selon votre barème de garantie et dans la limite des frais engagés sur présentation de la facture et du décompte Sécurité Sociale.

Article P19 - Cures thermales

Pour les cures sans hospitalisation, en plus du remboursement du ticket modérateur à l'exception de l'hébergement, la participation de la mutuelle pour les membres participants et leurs ayants droit est égale (voir le tableau des garanties) selon votre barème de garantie, par an et par bénéficiaire pour 21 jours effectués ou au prorata du nombre de jours réellement effectués.

Article P20 - Densitométrie osseuse refusée par la Sécurité Sociale

L'acte d'ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité Sociale est remboursé à hauteur de (voir le tableau des garanties) limité à un examen tous les trois ans, dans la limite des frais engagés et sur présentation de la facture originale.

Article P21 – Ostéopathie, chiropractie, étiopathie

L'ostéopathie, la chiropractie et l'étiopathie sont remboursés à hauteur de voir (le tableau de garanties) limité à deux séances par an, dans la limite des dépenses engagées et sur présentation de la facture originale. Il est demandé de fournir la certification d'agrément du praticien.

Article P22 - Allocation naissance, nuptialité et obsèques

La mutuelle n'ayant pas sollicité l'agrément vie pour réaliser des opérations telles que définies au paragraphe b) de l'article 111-1 du code de la mutualité (allocations naissance, nuptialité et obsèques), elle pourra toutefois et conformément à l'article L.221-3 du même code, proposer des prestations naissance, nuptialité et obsèques assurées directement par un organisme assureur, par le biais d'un contrat collectif souscrit pour les catégories de membres participants concernés.

Article P23 - Autres prestations

Secours exceptionnel

Une allocation de secours exceptionnelle peut être attribuée au membre participant, en cas de situation financière difficile des suites d'une maladie sur présentation :

- des justificatifs des dépenses restant à charge,
- éventuellement du montant du remboursement de la Sécurité Sociale,
- du dernier avis d'imposition pour le calcul du quotient familial.

Les demandes de secours sont adressées à la Mutuelle.

La requête doit contenir tous les éléments d'appréciation.

Le Président du Conseil d'Administration ou son représentant, informe directement les intéressés de la décision prise par le Bureau du Conseil.

DIVERS

Article D1 – Accueil

Le siège de la Mutuelle est établi au 19 rue de la ballastière à Bagneaux-sur-Loing.

Article D2 – Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, du fait du membre participant, que le jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- en cas de résiliation 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union à 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 dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du 1 de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits du membre participant décédé.

Article D3 – Lois informatiques et libertés

Les informations recueillies auprès de l'adhérent 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 utilisées 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 à des tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne faisant l'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 D4 – Loi applicable

1) Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat y a sa résidence principale ou son siège de direction, sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties du contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

2) On entend par souscripteur, pour l'application du 1) ci-dessus :
a) le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle,
b) l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

Article D5 – Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le code de la mutualité. L'autorité, chargée du contrôle de la Mutuelle de Bagneaux, est la Commission de Contrôle des Mutuelles et des Instituts de Prévoyance (C.C.M.I.P).

4. Adresse :

Adresse -----

Code Postal : _____ Ville : -----

Téléphone domicile: __/__/__/__/__ Email :-----

Téléphone portable : __/__/__/__/__

5. Etes-vous déjà adhérent à une Mutuelle ?

Non

Nom et adresse de la Mutuelle : -----

Oui

6. Votre mode de règlement :

Je demande que ma cotisation soit prélevée entre le 10 et le 15 de chaque mois d'échéance.

Je souhaite régler par chèque à l'échéance suivante : Trimestrielle

Semestrielle

Annuelle

7. Pièces à fournir : 1 photocopie d'une pièce d'identité pour chaque bénéficiaire

1 relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne

1 copie de l'attestation carte Vitale pour chaque bénéficiaire

1 attestation de résiliation de votre ancienne Mutuelle

8. L'adhérent(e) :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement mutualiste ainsi que du descriptif détaillé de ma garantie dont j'accepte les dispositions.
- Certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets, sincères et exacts et ne sont susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par la Mutuelle.
- Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes du Régime Obligatoire à la Mutuelle.
- Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 06/01/78 (art. 27), je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations me concernant. Je peux ainsi m'opposer à qu'elles soient communiquées à des tiers en adressant un courrier à la Mutuelle de Bagneaux – 19 rue de la Ballastière – 77167 BAGNEAUX SUR LOING

Date d'inscription souhaitée : 01 / __ / ____

(Sous réserve des délais d'attente et d'acceptation du dossier par la mutuelle)

Le double du contrat signé vous sera retourné.

Date : __ / __ / ____

Signature :

Acceptation de la mutuelle :

Date : __ / __ / ____

Signature :

Je prends connaissance de la nécessité d'avoir à produire moi-même les attestations de paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires, à mes caisses d'assurance vieillesse et d'assurance maladie

Un délai de rétractation de 7 jours existe si le contrat de complémentaire santé a été signé face à face ou si le contrat n'a pas encore pris effet.

Avez-vous été parrainé ?

OUI

NON

Numéro d'immatriculation du parrain : _____

Nom et prénom du parrain :

Adresse du parrain :

MUTUELLE DE BAGNEAUX

19 rue de la Ballastière 77167 BAGNEAUX SUR LOING

Mutuelle régie par le code de la Mutualité, soumise au livre II N° 444 205 769 et substituée par la Mutuelle Familiale. Registre National des Mutuelles N° 784 442 915



PREAMBULE

Le règlement mutualiste a pour but de préciser les conditions d'application des statuts de la MUTUELLE DE BAGNEAUX. Il définit les droits et les devoirs réciproques de la Mutuelle et de ses adhérents conformément à l'article L.114-1 du code de la Mutualité. Les adhérents sont tenus de s'y conformer, au même titre que les statuts.

Le règlement mutualiste est établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale. Toute modification proposée par le Conseil d'Administration est immédiatement applicable et doit être présentée pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est notifiée aux membres de la mutuelle.

ADHESION

Article A1

La Mutuelle se compose de membres participants.

Les membres participants sont ceux qui en échange du paiement régulier d'une cotisation acquièrent ou font acquérir vocation aux avantages assurés par la Mutuelle.

Les membres participants s'engagent au paiement de cette cotisation conformément aux dispositions de l'article C3 du présent règlement mutualiste.

Article A2

Peuvent adhérer à la mutuelle en tant que membres participants, les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

Adhésions individuelles

Les personnes bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale.

Peuvent être bénéficiaires des prestations, s'ils sont désignés par l'adhérent :

➢ l'adhérent lui-même ;

➢ les membres de sa famille à charge au sens de la Sécurité Sociale, et plus généralement :

- son conjoint ou concubin ou partenaire lié à l'affilié par un acte civil de solidarité, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;
- ses enfants à charge ou sens de la Sécurité Sociale et ceux qui sont apprentis ou étudiants au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26ème anniversaire ;
- ses ascendants à charge.

Adhésions collectives

L'adhésion peut résulter d'un contrat de travail, d'une convention collective ou d'un accord d'établissement ou d'entreprise ou être souscrite par un groupement habilité à cette fin à représenter les intéressés. Ceux-ci sont membres à titre individuel de la mutuelle.

L'adhésion collective peut donner lieu à une convention passée entre le groupement habilité à représenter les intéressés et la mutuelle. Dans ce dernier cas, la convention tient lieu de loi entre le groupement et la mutuelle, nonobstant toutes dispositions contraires.

Article A3 – Situations particulières liées au contrat collectif

Peuvent continuer à bénéficier des avantages de la Mutuelle en qualité de membre participant :

- Les veufs, veuves d'un membre participant décédé ;
- Les enfants jusqu'à 20 ans ;

Article A4 - Prises d'effet

La date d'effet pour les adhésions et les changements d'options et de situation est le premier jour du mois suivant la demande formulée par l'adhérent.

La durée minimum d'adhésion est de six mois.

Article A5 - Formalités préalables

Conformément à l'article L.221-1 du Code de la Mutualité et à l'article 6 et 7 des statuts, l'engagement réciproque de l'adhérent et de la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, de la souscription d'un contrat collectif.

Avant signature du bulletin d'adhésion à titre individuel, la mutuelle remet au futur membre :

- un bulletin d'adhésion,
- un exemplaire du règlement mutualiste.

En cas d'acceptation, la demande d'adhésion à la mutuelle comprend :

- le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé ;
- une photocopie des cartes d'assuré social permettant d'identifier l'adhérent et les bénéficiaires désignés ;
- les pièces d'identité justifiant la qualité de bénéficiaire.
- une autorisation de prélèvement complétée, datée et signée,
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RDP).

La demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives est remise ou adressée au siège de la Mutuelle de Bagneaux.

Article A6 – Carte de membre

Après réception de sa demande d'adhésion par la Mutuelle de Bagneaux, et, sous réserve que toutes les pièces nécessaires aient bien été reçues, l'adhérent reçoit une carte de membre de la Mutuelle de Bagneaux comportant l'indication de ses droits, valable de la date d'ouverture de ses droits à la fin du semestre en cours.

Lors du renouvellement annuel général des cartes de membres de la Mutuelle de Bagneaux, l'adhérent reçoit sa carte mutuelle, si ses droits sont ouverts à la date d'émission de la carte.

L'adhérent est tenu de vérifier les indications portées sur la carte de membre et d'informer les services de la Mutuelle de Bagneaux de toute erreur ou de toute modification nécessaire.

Article A7 – Suspension ou remise en cause des garanties (non-paiement des cotisations)

Dans le cadre d'opérations individuelles (selon l'article L.221-7 du Code de la Mutualité) :

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une 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 sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Concernant les cotisations annuelles fractionnées, la suspension de la garantie intervient en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produira ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu au premier alinéa, 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 due ou

en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de la cotisation annuelle ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, éventuellement majorés des frais imputés par le service de recouvrement ainsi que les frais éventuels facturés par les établissements bancaires (rejets, chèques sans provision, etc...)

Dans le cadre d'opérations collectives (selon l'article L.221-8 du Code de la Mutualité) :

- Lorsque 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 sera suspendue 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 au 1er alinéa, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscrite est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou contrat collectif, sauf s'il se substitue à l'employeur ou la personne morale pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle, les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension, majorés des frais imputés par le service de recouvrement ainsi que les frais éventuels facturés par les établissements bancaires (rejets, chèques sans provision, etc...).

- Lorsque dans le cadre d'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. Cette exclusion intervient dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure.

Cette procédure s'applique également à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation.

Article A8 – Résiliation des garanties par le membre participant

Démission dans le cadre d'une adhésion individuelle

Deux situations possibles :

- 1) L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion 2 mois avant la date souhaitée de démission, en adressant par lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle.

En cas de non-observation de ces dispositions, la Mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action légale pour le recouvrement des cotisations dues.

Dès réalisation de la radiation, l'adhérent a obligation de nous retourner sa carte mutuelle en cours de validité.

Un certificat de démission est délivré à l'adhérent démissionnaire.

- 2) L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion dès lors qu'il ne rentre plus dans les conditions d'adhésions à la mutuelle ou lors la survenance de l'un des événements suivants :

Changement de situation :

Dans le cadre d'une mutuelle obligatoire (radiation à la date d'adhésion au dit contrat) la demande doit être adressée dans les 60 jours.

Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Dans ce cas la résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas cours, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Démission dans le cadre d'une adhésion collective

L'adhérent ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscrite, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire individuel peuvent mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans, en adressant par lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle et réceptionné au moins deux mois avant l'échéance.

En cas de non-respect de ces dispositions, la Mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action légale pour le recouvrement des cotisations dues.

Article A9 – Résiliation des garanties par la Mutuelle

➢ Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires en vertu de l'article 9 des statuts.

➢ Sont également radiés les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations à l'expiration du délai précité (article A7 du présent règlement).

Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration ou ses mandataires à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

➢ Le membre qui aurait causé volontairement aux intérêts de la mutuelle, un préjudice dûment constaté.

Il sera convoqué par le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits reprochés, en vue de son exclusion.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion sera prononcée par le Conseil d'Administration.

Article A10 – Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

La radiation est notifiée au membre participant par lettre recommandée, elle entraîne la perte de tout droit aux prestations et avantages de la mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent ipso facto la radiation des ayants droits mutualistes.

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 celle pour laquelle les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Dans le cas où le membre participant démissionnaire serait redevable envers la Mutuelle d'une dette de quelque nature que ce soit, la Mutuelle est habilitée de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles le membre démissionnaire peut prétendre jusqu'à due concurrence.

COTISATIONS

Article C1 – Engagement

Les membres participants s'engagent, pour eux-mêmes et leurs ayants droit, au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

Article C2 – Périodicité de la cotisation

La cotisation est payable mensuellement, terme à échoir.

Article C3 – Cotisation

Dans le cadre des adhésions individuelles, la cotisation est forfaitaire et prend en compte la catégorie d'appartenance et la composition de la famille inscrite.

Dans le cadre du contrat collectif elles peuvent être précomptées sur salaire du membre participant à terme à échoir. Elles sont fonction, de la composition familiale et de la garantie complémentaire choisie. Elles sont révisibles selon décisions du Conseil d'Administration et ratifiées par l'Assemblée Générale.

Une note d'information présentant les cotisations à venir est envoyée après chaque modification

Les tarifs pour chacune des options de garanties sont exprimés par mois.

Article C4 – Gratuité de la cotisation

La cotisation est gratuite pour les enfants de moins d'un an. Elle est aussi gratuite pour le 3ème enfant et les suivants lorsque le membre participant a déjà deux enfants de moins de 26 ans inscrits en tant que bénéficiaires.

Article C5 – Mode de règlement de la cotisation

La cotisation est individuelle. Elle doit être réglée :

- pour les membres participants en activité (contrat collectif) par précompte mensuel sur salaire ;
- par prélèvement automatique bancaire ou postal, entre le 10 et le 15 de chaque mois pour les membres participants non précomptés sur salaire. En cas de rejet du prélèvement lors de l'appel des cotisations pour une raison imputable au titulaire du compte, les frais bancaires de rejet acquittés par la Mutuelle peuvent être ajoutés au montant de la cotisation due.

Dans les cas exceptionnels où la cotisation ne peut être réglée par précompte ou prélèvement automatique et, sur accord notifié de la Mutuelle, l'adhérent a la faculté de régler sa cotisation par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de la Mutuelle de Bagneaux ou espèces.

Article C6 – Modification de situation

Les modifications qui surviendraient dans la situation familiale ou professionnelle des membres doivent être signalées à la Mutuelle de Bagneaux dans les 2 mois, accompagnées des pièces justificatives. Lorsqu'une modification de la situation du membre participant ou de l'un de ses ayants droit intervient en cours de mois, la cotisation versée au titre du mois commencé ne peut faire l'objet d'un remboursement même partiel.

Lorsqu'un membre participant (contrat collectif) est démissionnaire ou licencié d'une entreprise, il est muté dès le 1er jour du mois civil suivant la radiation des effectifs de l'entreprise en contrat individuel et doit à ce titre régler pour lui-même et ses ayants droit la cotisation afférente.

Les adhérents licenciés, en congé sabbatique, en congé pour création d'entreprise, et congé sans solde et leurs ayants droits ont la possibilité de rester dans un régime d'accueil dans la catégorie d'adhérents où ils avaient été affectés du temps de leur activité cela pendant 1 an et jusqu'à 3 ans pour le congé parental.

Les adhérents mis à retraite et leur ayant droit ont la possibilité d'adhérer au régime d'accueil

Article C7 - Remboursement de cotisations

Tout différé concernant les cotisations doit être soumis à la MUTUELLE DE BAGNEAUX par courrier auquel doivent être jointes toutes pièces permettant le remboursement partiellement ou en totalité.

Le remboursement d'une cotisation partiellement ou en totalité ne peut se faire que dans la limite des 2 mois précédant le fait générateur de la demande et sous réserve que l'origine ne soit pas imputable à une indication erronée fournie par le membre participant lui-même, ou à une modification de sa situation dont il n'aurait pas informé la MUTUELLE DE BAGNEAUX en temps utile.

Article C8 - Retenues sur prestations

Dans le cas où le membre participant serait redevable envers la MUTUELLE d'une dette de quelque nature que ce soit, la MUTUELLE est habilitée de plein droit à opérer, après en avoir informé l'adhérent, des retenues sur les prestations mutualistes auxquelles le membre participant peut prétendre jusqu'à due concurrence.

Article C9 - Révision

Il est admis qu'en cas de déséquilibre financier exigeant des mesures d'urgence, le conseil d'administration a toute latitude pour relever immédiatement les taux de cotisations en vertu de la délégation de pouvoir énoncée à l'article 22 des statuts. Il en sera de même en cas de modification des taux de remboursement ou de la nomenclature de la Sécurité Sociale ou du régime des travailleurs non salariés.

Elles sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

- Evolution des dépenses de santé de la mutuelle enregistrée au cours de l'année civile.
 - Lorsque le cadre d'intervention et les règles de gestion de la mutuelle se trouvent modifiées à la suite de nouvelles dispositions législatives, et réglementaires.
 - Lorsque le risque se trouve aggravé par une cause extérieure ou par de nouvelles dispositions conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire.
 - Pour tout autre motif valablement adopté par l'assemblée générale.
- Un appel de cotisation présentant les cotisations à venir est envoyé.