

MUTUELLE DE PONTOISE
77 bis rue de Gisors
Résidence Wimbledon
95300 PONTOISE
SIREN : 333 212 561

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 sur les barèmes de prestations. La mutuelle peut également prévoir des prestations accessoires, reprises sur les barèmes de prestations. Le présent règlement s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux «contrats responsables» prévu par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 modifiée par un décret pris en Conseil d'Etat vient préciser ces nouvelles dispositions (décret n)2014-1374 du 18 novembre 2014-JO du 19 novembre 2014

SECTION I – ADHESION, DATE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DE L'ADHESION

ARTICLE 2 - Adhésion

Catégorie individuelle: L'adhésion à la mutuelle est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment complété et daté. La signature du bulletin emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations du présent règlement.

Opération collective : Toute adhésion dans le cadre d'une opération collective fait l'objet d'un contrat écrit et signé entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

ARTICLE 3 - Prise d'effet de l'adhésion, renouvellement: L'adhésion des membres participants et des ayants-droit prend effet à partir du 1er jour du mois en cours ou du mois suivant, selon que le bulletin d'adhésion est reçu du 1^{er} au 15 ou du 16 au 31 du mois (le cachet de la poste faisant foi) et sous réserve qu'elle soit conforme au présent règlement. Elle est souscrite 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.

ARTICLE 4 - Résiliation de l'adhésion: Il peut être mis fin à l'adhésion pour les raisons suivantes :

- à la demande de l'adhérent inscrit dans le cadre d'un contrat facultatif, par lettre recommandée.
 - toute demande de radiation doit nous parvenir, à chaque échéance annuelle au plus tard le 30 novembre, pour une radiation au 31 décembre.
 - 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.

La radiation des membres qui n'ont pas payé leur cotisation depuis 3 mois est précédée de deux lettres de rappel et est effectivement prononcée s'il n'a pas été satisfait à ces deux lettres de rappel, 4 mois après la date d'échéance.

Il peut toutefois être sursis par le conseil ou sur délégation de celui-ci à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

SECTION II - ADMISSION DES ADHERENTS

ARTICLE 5 - Conditions d'admission

A) Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes

'En qualité de membre participant :

Assurés Sociaux relevant du régime général d'Assurance Maladie : "Individuel" ou "Collectif" pour les personnes ayant constitué un groupe dans le cadre d'opérations de Prévoyance Collective portant sur un

régime facultatif ou obligatoire.

Travailleurs Non Salariés.

L'ensemble des membres ou la totalité des membres d'une section/catégorie spécifique d'une personne morale, telle qu'une association, une amicale de tout autre groupement.

Dans les conditions propres à ce dispositif, les personnes relevant de la CMU C.

'Y en qualité d'ayants droit:

Le conjoint ou concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité à charge, ou non dépendant du même régime social,

Sauf dispositions contraires prévues au contrat, les enfants à charge : .sous contrat d'apprentissage, jusqu'à l'expiration dudit contrat,

- en scolarité, jusqu'au 31 décembre de l'année où ils fêtent leur 28ème anniversaire,

- demandeurs d'emploi, sans revenu de remplacement, jusqu'à 28 ans.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

B) Peuvent être maintenus à titre individuel, les adhérents - admis à titre collectif - quittant leur entreprise.

L'adhésion peut être prolongée soit :

- dans le cadre de la portabilité des droits en matière de prévoyance et complémentaire santé prévu à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, modifié par l'avenant 3 du 18 mai 2009 et l'arrêté d'extension paru au JO du 15 octobre 2009

- dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

- dans le cadre d'une formule relais.

- dans le cadre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui modifie l'ANI (Accord National Interprofessionnel) du 11 janvier 2013.

C) Pièces à fournir à l'adhésion:

La demande d'adhésion individuelle doit être formulée à l'aide du bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle. En cas d'adhésion obligatoire par l'intermédiaire d'une entreprise, les listes des bénéficiaires sont communiquées par l'employeur.

Le bulletin d'adhésion est dûment daté, complété et signé. La demande d'adhésion est adressée au siège de la mutuelle de Pontoise. Pour une adjonction d'un ayant droit, un bulletin d'adhésion doit également être complété.

D) Limite d'âge à l'adhésion: Selon l'âge du Chef de Famille - membre participant - les catégories suivantes sont proposées:

- **Catégorie A - ASSURES SOCIAUX :**

<u>INDIVIDUELS :</u>	<u>CATEGORIES FAMILIALES :</u>
X. TM. A. B. C. : Aucune limite d'âge à l'adhésion	X. TM. A. B. C. : Aucune limite d'âge à l'adhésion
<u>Santissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 30 ans Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus	<u>Santissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans <u>Santissimo Confort</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans
<u>Santissimo Confort</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans	
<u>Complémentissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans Adhésion enregistrée après 60 ans	<u>Complémentissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans Adhésion enregistrée après 60 ans
<u>TSM</u> : Partiel, Simple, Double, Quarté, Quinté Adhésion enregistrée avant 30 ans Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus Adhésion enregistrée de 60 à 69 ans inclus Adhésion enregistrée de + 70 ans	<u>TSM</u> : Partiel, Simple, Double, Quarté, Quinté Adhésion enregistrée avant 60 ans

- Catégorie B- TRAVAILLEURS NON SALARIES :

<p><u>INDIVIDUELS :</u></p> <p>X. A. B. : Aucune limite d'âge à l'adhésion</p> <p><u>Santissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 30 ans Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus</p> <p><u>Santissimo Confort</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans</p> <p><u>Complémentissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans Adhésion enregistrée après 60 ans</p> <p><u>TSM</u> : Partiel, Simple, Double, Quarté, Quinté Adhésion enregistrée avant 30 ans Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus Adhésion enregistrée de 60 à 69 ans inclus Adhésion enregistrée de + 70 ans</p>	<p><u>CATEGORIES FAMILIALES :</u></p> <p>X. A. B. : Aucune limite d'âge à l'adhésion</p> <p><u>Santissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans</p> <p><u>Santissimo Confort</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans</p> <p><u>Complémentissimo</u> : Adhésion enregistrée avant 60 ans Adhésion enregistrée après 60 ans</p> <p><u>TSM</u> : Partiel, Simple, Double, Quarté, Quinté Adhésion enregistrée avant 60 ans</p>
--	--

- Catégorie C- ENTREPRISES : Aucune limite d'âge à l'adhésion

ARTICLE 6 - Catégories de bénéficiaires : Les membres participants se répartissent en trois catégories

Catégorie A : ASSURES SOCIAUX

Catégorie B : TRAVAILLEURS NON SALARIES

Catégorie C : ENTREPRISES

ARTICLE 7 - Mutations internes

Mutation d'une catégorie collective à une catégorie individuelle

Tout membre participant quittant un groupe inscrit dans le cadre d'une opération collective peut maintenir son affiliation dans le cadre d'une catégorie individuelle ouverte à tout bénéficiaire.

Mutation d'une catégorie individuelle à une autre catégorie individuelle

La demande doit être effectuée par écrit au siège de la Mutuelle. La mutation aura pour date d'effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

Le passage d'une option améliorée à une option inférieure n'est possible que si le bénéfice de l'option améliorée a été d'au moins 1 an.

Lorsque la demande est justifiée par la modification de la situation familiale ou professionnelle la date d'effet de la modification est le 1^{er} jour du mois suivant l'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

SECTION III - OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 8 - Cotisations : Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation trimestrielle qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle.

Le montant de la cotisation est valable du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile.

Le montant de la cotisation peut être individuel, familial, fixé forfaitairement ou en pourcentage du salaire. La cotisation est définie en annexe.

La cotisation est payable d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement et peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal mais également de prélèvement sur salaire dans le cadre d'un contrat collectif par l'employeur.

Elle peut être déterminée en tranche d'âges selon les catégories.

La maladie, l'invalidité et la maternité ne suspendent pas le paiement des cotisations.

En cas de retard de paiement des cotisations, de radiation ou d'exclusion, la Mutuelle conserve le droit de recouvrer les

cotisations jusqu'au dernier jour de l'exclusion. Toute adhésion effectuée au cours du mois entraîne le paiement de la mensualité entière.

La mutuelle peut réévaluer, sur proposition du conseil d'administration, ratifiée par l'assemblée générale annuelle, le montant des cotisations en fonction des résultats techniques du régime et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

En outre, en cas de modifications des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ou de la nomenclature des actes remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie, ou de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives et réglementaires, la mutuelle peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations.

ARTICLE 9 - Membres honoraires : Les membres honoraires paient une cotisation annuelle fixée à 12,00 €.

ARTICLE 10 - Modification de la situation familiale : Les adhérents sont tenus de faire connaître par écrit, à la mutuelle, toute modification intervenant dans leur situation de famille.

SECTION IV- CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

ARTICLE 11 - Droit aux prestations : Pour avoir droit au service des prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations accordées par la Mutuelle figurent en annexe : elles concernent des prestations complémentaires aux régimes d'assurance maladie, des allocations forfaitaires, et des prestations prévues aux règlements des caisses de l'Union Régionale dite Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne (F.M.P.).

L'ouverture des droits aux prestations est appréciée à la date de l'acte, à la date de prescription ou à la date de délivrance de l'appareillage (optique, appareillage).

Les prestations prises en charge par la sécurité sociale donnent lieu à remboursement suivant les conditions et les taux déterminés par la garantie. Il est précisé dans chaque garantie, les conditions applicables eu égard notamment au contrat responsable.

Le remboursement Mutuelle est exprimé en pourcentage de la base de remboursement sécurité sociale. Sauf mention contraire, il ne prend pas en charge les actes hors nomenclature.

Cette prise en charge de la mutuelle est subordonnée au respect des dispositions relatives au « contrat responsable » résultant de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 et des différents décrets d'application.

Ainsi, le contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré lors d'une consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins ou du refus du droit d'accès au dossier médical personnel, les dépassements d'honoraires autorisés pour certains spécialistes sur les actes cliniques et techniques lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant, et ce à hauteur de 8 €(valeur mars 2006),
- la participation forfaitaire de 1 euro (valeur janvier 2007) et les franchises médicales prévues à l'article L871.1 du code de la sécurité sociale.

Le contrat prend au moins en charge :

- L'intégralité du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, sauf pour les cures thermales, les médicaments homéopathiques (remboursés à 30 %), les médicaments remboursés à 15 % et 30 %.
- Le forfait journalier sans limitation de durée quelque soit la discipline.
- Optique acquisition d'un équipement composé de 2 verres et 1 monture, par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié d'une évolution de la vue, 1 équipement par an. Monture : la prise en charge au sein de l'équipement est limitée à 150 €. Verres : minimum 50 €, maximum 800€ par équipement selon la garantie.

Les prestations non prises en charge par la sécurité sociale ne peuvent donner lieu à remboursement que si elles figurent expressément sur le barème de prestations attaché à la garantie.

Les prestations sont remboursées sur présentation des pièces justificatives originales (feuilles de soins, reçus de ticket modérateur, décomptes de remboursement de la sécurité sociale) ou après télétransmission de données émanant d'un organisme de sécurité sociale ou un professionnel de santé télétransmettant par un réseau informatique agréé.

En cas de perte des pièces justificatives originales, il appartient au demandeur de faire établir un duplicata accompagné d'une déclaration attestant de la non présentation des pièces originales.

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine et dans les territoires et départements français d'Outre-Mer. Pour les

prestations réalisées à l'étranger, la mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des « soins à l'étranger ».

ARTICLE 12 - 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 13 – Réclamation : Le délai de réclamation concernant des prestations mutualistes versées ou refusées est recevable dans les 12 mois à compter de la date du décompte émis par la mutuelle ou du refus de la sécurité sociale. Dans le cas où un membre participant est redevable envers la mutuelle d'un trop perçu de prestation, celle-ci est habilitée de plein droit, après l'en avoir informé, à opérer des retenues sur les prestations mutualistes auxquelles il pourrait prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 14 -Organismes supérieurs : Par son affiliation à l'Union Régionale dite Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne (F.M.P.), immatriculée au répertoire national des mutuelles sous le numéro 775 662 869, la Mutuelle permet à ses membres participants et à leur famille de bénéficier des avantages énumérés ci-dessous:

- Les œuvres et services sociaux de l'Union Territoriale de la Mutualité d'Ile-de-France (UTMIF) immatriculée au répertoire national des mutuelles sous le n° 443 768 007.
- Le service du tiers-payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été passée avec Almerys.

ARTICLE 15 – Prescription : Le délai de prescription au-delà duquel les membres, ou leurs ayant 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 16 - Clôture des droits à 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 17 – 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

ARTICLE 18 - 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 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 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 19 – 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.