

Règlement mutualiste

Modifié par l'assemblée générale du 10 octobre 2018
Applicable au 01/01/2019

Le présent règlement est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, et de l'article 3 des statuts de la Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance publique et des administrations annexes (MCVPAP), domiciliée 52 rue de Sévigné 75003 PARIS, n° SIREN 784 227 894. Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle. L'annexe jointe est partie intégrante du présent règlement.

I - Dispositions générales

1- Objet et formation du règlement mutualiste

Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier le membre participant :

- de prestations santé complémentaires ou non au régime obligatoire, selon le module ou la couverture choisie.
- de prestations annexes telles que prévues au présent règlement mutualistes.
- de services mutualistes, dans des conditions définies ci-après.

Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements existant entre chaque membre participant au présent règlement et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

En application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La signature du bulletin d'adhésion, vaut acceptation des conditions d'adhésion à la Mutuelle Complémentaire. L'adhésion individuelle à la Mutuelle dont les conditions sont fixées à l'article 6 des statuts emporte acceptation des statuts et du présent règlement et de ses annexes par le membre participant et ses ayants droit.

Le choix d'un Module, d'une Couverture s'applique au membre participant et à ses ayants droit.

Le choix d'un module, d'une couverture peut être modifié dans les conditions spécifiées à l'article 8-3 du présent règlement.

Avant toute adhésion le futur membre reçoit de la mutuelle :

- un bulletin d'adhésion
- les statuts de la mutuelle,

- le règlement mutualiste et ses annexes.

L'adhésion prend effet le premier du mois suivant le jour de réception du bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces suivantes :

- La copie d'un justificatif d'identité avec photo en cours de validité pour le membre participant et toutes les personnes bénéficiaires,
- La copie de l'attestation vitale actualisée et celles des autres personnes bénéficiaires,
- La copie du dernier bulletin de salaire ou justificatif de ressources ou de situation professionnelle (arrêté administratif...),
- Un certificat de scolarité pour les étudiants,
- Un relevé d'identité bancaire,
- Le certificat de radiation si un contrat complémentaire santé était souscrit auprès d'un autre organisme,
- L'autorisation de précompte complétée et signée,
- Le mandat SEPA complété et signé,
- Le paiement de la première cotisation.

II - Durée du contrat

2-1 Il est conclu pour une durée de 1 (un) an, soit du 1er janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Il est reconduit de plein droit par tacite reconduction par période annuelle sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie dans les conditions prévues aux articles 2-2, 4-6 et 8-4.

2-2 Dénonciation du contrat

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance. Celle-ci est fixée au 1er janvier de chaque année.

2-3 Délai de dénonciation—information annuelle

La date limite du droit d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Le membre participant est informé dans cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénon-

cer, par courrier recommandé adressé à la mutuelle, la reconduction. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste du courrier recommandé adressé par le membre participant à la mutuelle.

III - Conditions d'adhésion

3-1 Conformément à l'article 6 des statuts, pour bénéficier des prestations de la Mutuelle Complémentaire, il faut avoir adhéré à la mutuelle en qualité de membre participant ou avoir la qualité d'ayant droit du membre participant.

Les ayants droit sont définis à l'article 5-2 des statuts de la Mutuelle.

3.2 – Délai de rétractation

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéree au règlement dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus (en ce inclus le délais de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir :

- soit le jour où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet,
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure au jour où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet.

La Mutuelle est tenue de rembourser au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours calendaires à compter de la réception de la demande, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du paiement proportionnel du service financier effectivement fourni et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Au-delà du délai de trente jours, la somme due est de plein droit productive d'intérêts.

Le fait de demander à la mutuelle le paiement d'une prestation pendant le délai de renonciation vaut demande du membre d'exécuter le contrat avant le terme du délai de renonciation.

Modèle de lettre de rétractation à adresser à **MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE VP AP – 93545 BAGNOLET CEDEX**

Nom – Prénom

Adresse

Lettre recommandée avec AR

Je soussigné(e), (nom – prénom)

N° de sécurité sociale :

Déclare renoncer à l'adhésion à la MCV PAP que j'avais acceptée le (préciser la date)

Fait à , le (date)

Signature

Le membre peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation mais ce n'est pas obligatoire.

IV- Les cotisations

4-1 Montant

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation mensuelle.

Le montant des cotisations est détaillé dans l'Annexe visant la catégorie dont dépend le membre participant telle que définie à l'article 5 bis des statuts.

4-1-1 Majorations de cotisation

La cotisation tient compte, le cas échéant, du coefficient de majoration visé dans l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n° 2011-1474.

4-2 Abattement de solidarité

Le membre participant de moins de 65 ans en activité relevant des catégories 1 et 2 ayant des revenus mensuels inférieurs au montant de l'allocation adulte handicapé en vigueur peut bénéficier, après examen du Conseil d'administration, d'un abattement de cotisation dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée générale.

Cet abattement est accordé pour une période de 1 (un) an. Il est renouvelable sur présentation des pièces justifiant du niveau des ressources.

Le membre participant retraité des Administrations ayant cotisé pendant au moins 10 (dix) ans à la Mutuelle et ayant des revenus mensuels inférieurs au montant de l'allocation adulte handicapé en vigueur peut bénéficier, après examen du Conseil d'Administration, d'un abattement de cotisation dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée générale.

Dans tous les cas où les membres peuvent prétendre à plusieurs abattements, seul l'abattement le plus avantageux leur sera appliqué.

4-2-1 Bonification de fidélisation

Les membres participants ayant 20 (vingt) ans d'adhésion continue à la Mutuelle au moment de leur départ à la retraite bénéficient d'une bonification de fidélisation équivalente au premier mois de cotisation en leur qualité de retraités.

4-2-2 Les modulations de cotisations effectuées par la Mutuelle ne sont pas cumulatives. Si un membre participant relève de situation qui pourrait conduire à plusieurs abattements, c'est l'abattement le plus favorable au membre participant qui est pratiqué.

4-3 Modification automatique de la cotisation

Pour les catégories de membres participants dont les cotisations dépendent du salaire : le passage à la tranche de salaire supérieure entraîne la modification automatique de la cotisation.

Pour les catégories de membres participants dont les cotisations dépendent de l'âge, le passage à la tranche d'âge supérieure entraîne la modification automatique de la cotisation.

4-4 Paiement

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu par :

- précompte automatique individuel ou regroupé sur salaire ou sur pension de retraite CNRACL,
- prélèvement bancaire,
- titre interbancaire de paiement (TIP).

Les règlements par chèque ou en espèces peuvent être acceptés à titre exceptionnel.

Sur sa demande un membre participant peut payer les cotisations d'autres membres participants ou d'ayants droit.

Les membres participants précomptés peuvent demander le regroupement de cotisations.

4-5 Conditions et modalités de modification des cotisations

L'Assemblée générale de la Mutuelle vote chaque année les cotisations applicables l'année suivante.

Cette même Assemblée peut donner pouvoir au Conseil d'Administration, conformément à l'article 20 des statuts de la Mutuelle, pour procéder à des modifications de cotisations en cours d'année si les circonstances l'exigent.

4-6 Défaut de paiement de la cotisation

Conformément aux statuts de la Mutuelle et aux dispositions légales de l'Article L.221-7 du Code de la Mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union 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 ou l'union 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 ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas de résiliation des garanties par défaut de paiement, le membre participant est tenu de restituer à la mutuelle sa carte mutualiste.

4-7 Remboursement de cotisations

La démission, la radiation, et l'exclusion ne donnent droit à aucun remboursement des cotisations versées, sauf cas prévu par l'article L 221-17 du Code de la Mutualité.

4-8 Frais d'impayés

Les frais bancaires d'impayés sont à la charge du membre participant.

V - Les prestations mutualistes

5-1 Définition

Les prestations sont définies dans l'annexe du présent règlement mutualiste.

5-2 Étendue des prestations

La Mutuelle Complémentaire intervient en complément du régime obligatoire de Sécurité sociale. Les plafonds de garantie sont exprimés par référence à la base de remboursement de la sécurité sociale. La Mutuelle Complémentaire sert également d'autres prestations expressément décrites dans ce présent règlement.

Les différentes formules de la garantie frais de santé de l'offre, proposées par la mutuelle sont solidaires et responsables.

I. Solidaires

La loi qualifie une garantie santé de solidaire lorsque la mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

II. Responsables

Conformément aux dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :

- La prise en charge intégrale de la participation des assurés mentionnée à l'article R.160-5 du code de la Sécurité Sociale compris les actes de prévention (cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article)
- La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier ;

Conformément à ces mêmes dispositions du code de la sécurité sociale, en cas de prise en charge par le règlement, le montant des prestations pour les postes suivants, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maximas fixés par l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale pour :

- Les honoraires et actes des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5,
- Les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel.

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité Sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus),
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),
- tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

Il est à noter que le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le membre participant ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. Sont exclues les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins.

La mutuelle communique annuellement aux membres participants le montant et la composition de ses frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les remboursements en optique s'effectuent dans la limite des plafonds et des plafonds prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale en fonction des corrections visuelles.

Les garanties comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées

par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ce délai de deux ans s'apprécie à compter de la date de souscription de la garantie pour l'assuré concerné.

Enfin la mutuelle permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

5-3 Étendue territoriale des prestations

Les membres participants et leurs ayants droit doivent être affiliés à un régime de la Sécurité sociale dépendant de la législation française.

L'étendue territoriale concernant les prestations de complémentarité maladie est identique à celle des prestations maladie régies par le régime d'affiliation du membre participant.

5-4 Branches 1 et 2 : Accident et maladie

Les prestations santé

Les prestations dont bénéficie le membre participant sont celles correspondant à la couverture complémentaire santé choisie parmi les différents Modules et Couvertures proposés par la Mutuelle et détaillées ci-après.

Les allocations journalières

En cas de diminution du traitement de base et après épuisement des droits ouverts au membre participant du fait de l'adhésion de l'administration employeuse à un organisme intervenant dans ce domaine, la Mutuelle garantit aux membres participants actifs des administrations ayant opté pour la Couverture 2 ou l'un des Modules, en congé de maladie, en congé de longue durée ou en disponibilité d'office pour raison de santé, le paiement d'une allocation garantie pendant 365 jours calendaires sur une période de trois ans. Cette allocation est attribuée en cas de perte de salaire pour maladie autre que les accidents du travail, les maladies professionnelles, la maternité.

Le montant de l'allocation journalière est égal à un pourcentage de la somme retenue pour le calcul de la cotisation de la Mutuelle Complémentaire, selon le Module choisi.

Un supplément journalier est également accordé à l'allocataire pour chaque enfant à charge. Il est versé pendant la même durée que les allocations journalières.

La Mutuelle garantit aux membres participants actifs de la catégorie 1 ou de la catégorie 2, dont l'indice brut de salaire est égal ou inférieur à 388 et bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS) ayant opté pour la Couverture 1, ou la couverture 2 ou l'un des Modules, en congés maladie, en congés longue durée ou en disponibilité d'office pour raisons de santé, après expiration de leurs droits à congés maladie à plein traitement, le paiement d'une allocation garantie pendant :

- 9 mois pour les maladies ordinaires
- 2 ans pour les longues maladies
- 3 ans pour les maladies de longue durée

5-5 Les allocations forfaitaires - Branche 21 et branche 20

Les membres participants autres que ceux relevant de la Couverture 1 perçoivent pour eux-mêmes et leurs ayants droit des allocations forfaitaires dont le détail est précisé ci-après.

Branche 21 : Nuptialité - Natalité

Allocation mariage

L'Assemblée générale peut décider chaque année le versement d'une allocation, au membre participant à l'occasion de son mariage ou de son pacs, sur présentation des documents justificatifs.

Allocation naissance ou adoption

L'Assemblée générale peut décider chaque année :

- Le versement d'une allocation au membre participant à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, sur présentation des documents justificatifs. Ces allocations ne peuvent pas concerner les membres participants relevant de la Couverture 1. Elles varient en fonction des Couvertures et Modules, tel que précisé ci-après.
- La part de cotisation affectée à cette allocation.

Branche 20 : Vie - Décès

Participation aux frais d'obsèques.

La participation de la MCV PAP aux frais d'obsèques des membres participants et de leurs ayant droit (sauf pour les membres participants relevant de la couverture 1) a toujours un caractère indemnitaire.

Son montant correspond aux frais d'obsèques engagés, sur justificatifs, dans la limite maximale contractuelle qui varie en fonction des couvertures et modules souscrits. Le montant versé peut ne pas être suffisant pour couvrir l'intégralité des frais d'obsèques engagés. Si les frais d'obsèques engagés sont inférieurs à la limite maximale contractuelle, seule la somme correspondant aux dépenses engagées par les personnes ayant acquitté les frais d'obsèques dont ils fourniront la preuve sera versée par la mutuelle.

La MCV PAP conformément aux dispositions réglementaires en vigueur mettra tout en œuvre pour rechercher les bénéficiaires de cette indemnité qui sont les personnes ayant acquitté les frais d'obsèques. Aucune somme ne pourra être versée en l'absence de preuve d'engagement de dépenses liées aux frais d'obsèques.

5-6 Autres prestations

Le service d'entraide et solidarité

Ce service a pour vocation de venir en aide aux membres participants de la MCV PAP qui ont à leur charge des dépenses de santé qui viennent grever considérablement leur budget.

Il intervient sous forme d'aides exceptionnelles remboursables de 3 000 euros maximum par foyer. La durée de remboursement ne peut excéder 4 (quatre) ans avec un différé possible de remboursement d'1 (un) mois à 6 (six) mois.

L'attribution de l'aide exceptionnelle remboursable dépend de la situation familiale du membre participant, de son ancienneté à la Mutuelle (minimum de 4 ans requis), de ses ressources et de sa situation financière.

Elle peut être accordée dans les cas suivants :

- Équipements liés au handicap
- Appareillages coûteux
- Frais non remboursés liés à une hospitalisation
- Perte totale ou partielle de revenus.

Chaque année l'Assemblée générale détermine le budget qu'elle affecte aux "Aides exceptionnelles remboursables" (AER).

Les dossiers de demande sont examinés par une commission composée d'administrateurs qui émet un avis à l'intention du Conseil d'administration de la Mutuelle pour éclairer sa décision. Cette décision est sans recours et non motivée.

Les membres participants ayant bénéficié d'une AER ne peuvent faire une nouvelle demande qu'après complet remboursement de l'AER consentie antérieurement. Les échéances de remboursement sont fixées tant dans leur montant que dans leur durée par la Mutuelle en fonction des capacités de remboursements évaluées.

Le bénéficiaire de l'AER s'engage par contrat à rembourser im-

médiatement les sommes restant dues en cas de démission, de radiation ou d'exclusion de la MCV PAP.

Les services d'information sociale et juridique

Tous les membres participants de la Mutuelle Complémentaire peuvent bénéficier gratuitement de ces services.

Les activités et services de la mutuelle dédiée

Tous les membres participants de la Mutuelle ont accès aux activités développées par la mutuelle dédiée.

Les activités des organismes mutualistes

Les membres participants de la Mutuelle ont accès aux activités développées par des organismes mutualistes avec lesquels la Mutuelle Complémentaire a passé convention.

Infos MC : une information régulière est consentie à tous les membres participants par l'envoi de la publication interne de la Mutuelle.

5-7 Autres services proposés aux membres participants

Assurance scolaire

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de la société *Swisslife Assurances*, un contrat d'assurance scolaire dont bénéficient sans cotisation supplémentaire :

- Les ayants droit visés à l'article 5-2 des statuts,
- les membres participants "Étudiants" tels que définis à l'article 5-1-e des statuts. Les stages en situation de salarié ne sont pas couverts par cette assurance.

Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

Assistance vie quotidienne

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de la compagnie *Mondial Assistance*, un contrat d'assistance vie quotidienne dont bénéficient ses membres participants du seul fait de leur adhésion, c'est-à-dire sans cotisation supplémentaire. Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

Assurance extrascolaire

La Mutuelle Complémentaire a passé convention avec la société *Swisslife Assurances*, qui permet à ses membres participants pour leurs ayants droit visés à l'article 5-2 des statuts de bénéficier sur option d'un contrat d'assurance extrascolaire moyennant une inscription individuelle et une cotisation. Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

La garantie assistance en cas d'obsèques

La Mutuelle Complémentaire a passé une convention avec les compagnies *Fac SA* et *Mondial Assistance*, qui permet à ses membres participants de souscrire sur option un contrat d'assistance aux obsèques et de rapatriement de corps moyennant une inscription individuelle et une cotisation. Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

La garantie dépendance

La Mutuelle a passé une convention avec la *CNP*, qui permet à ses membres participants de souscrire sur option, un contrat de garantie dépendance moyennant une inscription individuelle et une cotisation. L'acceptation préalable des demandes de souscription dépend uniquement de la *CNP*. Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

VI - Bénéficiaires des prestations mutualistes

Les prestations sont servies dans les conditions définies au présent

règlement et à l'annexe jointe pour :

- Le membre participant,
- ses ayants droit tels que définis à l'article 6 alinéa 2 des statuts,

VII - Modalités et formalités de remboursement des prestations

7-1 Principe indemnitaire et subrogation

Conformément aux articles L.224-8 et L.224-9 du code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge effective du membre participant et ce dans le cadre du respect du « contrat responsable ».

Le montant des allocations journalières ne peut pas être supérieur à la perte de revenu subie par le membre participant.

La mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations mentionnées à l'article L.224-8 du code de la Mutualité, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables dans les conditions prévues par l'article L.224-9 du Code de la Mutualité.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

7-1-1 Subrogation

Les membres participants de la Mutuelle titulaires et stagiaires de l'AP-HP, subrogent automatiquement dans leur droit la MCV PAP afin qu'elle recouvre auprès de l'AP-HP, l'avance de prestations que la MCV PAP a effectué pour le compte de l'AP-HP conformément aux dispositions de la convention de délégation de paiement conclue entre l'AP-HP et la MCV PAP.

7-2 Ouverture du droit à prestations et périodes de stages

Le droit est ouvert dès la date d'effet de l'adhésion. Néanmoins des délais de stages (carences) sont prévus :

- 3 mois pour les suppléments des modules A, B, C, liés au Module Plus.
- 3 mois pour les allocations forfaitaires et suppléments : prothèse dentaire, orthodontie, optique, acoustique, cure thermique, prothèses, petits appareillages, chambre particulière, accompagnement hospitalisation enfant, mariage, naissance ou adoption.
- 6 mois pour la participation aux frais d'obsèques
- 9 mois pour les allocations journalières et supplément par enfant à charge, à l'exception des membres participants de la catégorie 1 et 2 ayant un indice brut de salaire égal ou inférieur à 388 et bénéficiaires de l'APS, dont le droit aux allocations journalières et supplément par enfant à charge est ouvert dès que la MCV PAP est en possession des justificatifs de l'ouverture du droit à l'APS.
- 9 mois pour bénéficier du forfait lié à la prise en charge de l'intervention réfractive de l'œil. Tout bénéficiaire de ce forfait ne pourra pas utiliser de forfait optique pendant 5 ans.

Les nouveaux membres participants issus d'une autre mutuelle

régie par le code de la Mutualité et pour lesquels la perte de qualité de membre participant n'excède pas 2 mois, et ceux ayant moins d'un an d'administration sont dispensés de stage sauf pour les allocations journalières, la participation aux frais d'obsèques et l'intervention réfractive de l'œil.

Aucun délai de stage n'est imposé aux membres participants de la catégorie Etudiants, ni aux enfants nés après l'adhésion d'un de leurs parents, sauf concernant le forfait de prise en charge de l'intervention réfractive de l'œil pour lequel un stage de 9 mois est exigé.

7-3 Déclarations de sinistre

Par sinistre il faut entendre toute dépense de santé liée à la maladie ou tout événement donnant droit à une prise en charge par la Mutuelle dans les conditions propres à la Couverture ou Module choisi par le membre participant.

Les déclarations accompagnées des justificatifs correspondants au sinistre, sont à adresser par lettre simple à : Mutuelle Complémentaire 93545 BAGNOLET CEDEX ou à faire parvenir par l'intermédiaire des correspondants mutualistes.

7-4 Justificatifs

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à la production de justificatifs précisés au présent règlement.

7-5 Télétransmission

La Sécurité sociale transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part. Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle sauf refus exprès du membre participant.

Pour les membres participants ayant déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après radiation auprès du centre de Sécurité sociale à la demande du membre participant faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre de Sécurité sociale, il appartient au membre participant d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation "Vitale".

Les prestations ayant fait l'objet d'un refus ou non prises en charge par la Sécurité sociale, ne peuvent être traitées par la télétransmission. Le membre participant doit alors adresser les justificatifs à la Mutuelle si le remboursement est prévu par la Couverture ou le Module.

Les prestations n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime obligatoire de la Sécurité sociale envoyés par le membre participant ainsi que les originaux des factures acquittées.

7-6 Tiers Payant

Les membres participants sur présentation de leur carte mutualiste peuvent bénéficier du tiers payant :

- sur les prestations faisant l'objet des garanties de la mutuelle, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité,
- et en tout état de cause avec les organismes ayant passé convention avec la Mutuelle Complémentaire.

7-7 Cessation des droits

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

VIII - Modification du contrat mutualiste

8-1 Modifications des prestations

L'Assemblée générale de la Mutuelle vote chaque année les prestations applicables l'année suivante.

Cette même Assemblée peut donner pouvoir au Conseil d'Administration, conformément à l'article 20 des statuts de la Mutuelle Complémentaire, pour procéder à des modifications de prestations en cours d'année si les circonstances l'exigent.

8-2 Modifications de la situation des membres participants et/ou de leurs ayants droit

Tout changement dans la situation personnelle et/ou familiale et/ou administrative et/ou professionnelle doit être signalé par écrit à la Mutuelle Complémentaire, accompagné des documents nécessaires. Le changement signalé peut entraîner une modification de garanties proposées et/ou le passage dans une catégorie de membres participants différente de celle dont bénéficie le membre participant. Le membre participant est averti de cette modification si elle entraîne une diminution ou une augmentation de cotisations. La modification suite au changement signalé par le membre participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de cette information.

Les étudiants doivent produire chaque année à la Mutuelle Complémentaire les documents justifiant de leur qualité d'étudiants tels que défini à l'article 5, alinéa 1-e des statuts. En cas de non-production de ces documents, les étudiants seront placés, selon leur situation, sur la même Couverture ou Module dans les catégories de membres participants 1, 2 ou 4 dont ils se verront appliquer la cotisation plafond.

Lorsqu'un membre participant cotisant actif âgé de plus de 30 ans, demande à intégrer la catégorie 3 (étudiants) en justifiant d'entamer un parcours d'études sans rémunération, la Mutuelle Complémentaire au titre de la solidarité accepte exceptionnellement ce changement de catégorie.

En cas de modification de revenus, les membres participants non précomptés, sont tenus d'adresser à la Mutuelle copie de leur avis d'imposition ou de leur bulletin de salaire selon les cas.

La Mutuelle peut demander à tout moment un justificatif de revenus ou de pension aux membres participants. En cas de refus ou de non-réponse dans un délai de trois mois, il sera appliqué la cotisation plafond de la couverture ou du Module concerné.

8-3 Modifications des garanties, des statuts et règlements

Conformément à l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée Générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue d'information « Infos MC » numérotée, adressée aux membres participants.

Conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité, toute modification des montants des cotisations ainsi que des prestations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Le membre participant souhaitant modifier sa garantie devra en faire la demande exclusivement par écrit. Si elle est acceptée, la modification prendra effet le premier du mois suivant le jour de réception de la demande.

Le membre participant relevant des Couvertures 1 ou 2 peut opter à tout moment pour le Module A ou B ou C, ou pour le Module Plus.

Le membre participant relevant du Module A ou B ou C peut opter à tout moment pour le Module Plus.

Pour toute autre modification de Couverture ou de Module un délai de deux ans est exigé.

Le bénéfice des garanties spécifiques aux membres participants

de la catégorie 1 ou 2 dont l'indice brut de salaire est égal ou inférieur à 388 bénéficiaires de l'APS, cesse de plein droit et sans qu'il soit besoin de notification, au jour de la fermeture de leurs droits à l'APS.

Il en va de même pour leur cotisation qui sera revue au jour de la fermeture de leurs droits à l'APS.

Ils continuent automatiquement à bénéficier des prestations correspondant à leur Couverture ou Module dans les conditions prévues au présent règlement.

8-4 Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

Il convient pour ce qui concerne les cas ouvrant droit à résiliation anticipée de faire application des statuts de la Mutuelle Complémentaire et des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité : chaque membre participant ou la mutuelle peut mettre fin à une adhésion lorsque les conditions d'adhésion prévues à l'article 6 des statuts ne sont plus remplies ou en cas de survenance d'un des événements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les 3 (trois) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La résiliation prend effet un mois après réception de la notification.

La mutuelle rembourse au membre participant la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

IX - Divers

9-1 Prescription

La prescription applicable est celle définie par l'article L.221-11 du Code de la Mutualité. Toute action dérivant des opérations régies par le présent titre est prescrite 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 couru, du fait du membre participant, que du jour où la MCV PAP en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la MCV PAP a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 (dix) ans lorsque, pour les cas prévus par l'article L.221-11 du code de la Mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Pour la prescription biennale, conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription biennale peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

9-2 Fausses déclarations

Les déclarations faites par le membre participant et ses bénéficiaires servent de base à la garantie ; la mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, les dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité s'appliquent.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, la Mutuelle peut appliquer les dispositions prévues par l'article L.221-15 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie est constaté avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisations acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avant été complètement et exactement déclarés.

9-3 Loi applicable

La loi applicable est la loi française.

Le présent règlement est régi par le code de la mutualité.

Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la réglementation applicable auxdits organismes.

9-4 Disposition en application de la loi informatique et liberté - Bloctel

Les informations recueillies par la Mutuelle, responsable du traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de l'adhésion, de la gestion et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant ou ses ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

Le membre participant et ses ayants droit, ainsi que toute personne dont les données personnelles sont conservées par la Mu-

tuelle, dispose du droit de demander à la mutuelle l'accès à leurs données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Ils disposent également d'un droit d'opposition au traitement de ces données d'un droit à leur portabilité et du droit de retirer leur consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur un consentement effectué avant le retrait.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent exprimer leur souhait que leurs coordonnées ne soient pas transmises aux partenaires commerciaux de la mutuelle.

Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la Protection des Données de la mutuelle par courrier : **MCVPAP - Délégué à la Protection des Données - 93545 BAGNOLET CEDEX, ou par e-mail : dpomc602@mc602.com.**

Le membre participant et ses ayants droit disposent aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès (ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés auprès son décès les droits rappelés ci-dessus).

Le membre participant et ses ayant droit disposent du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes : **CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA80715- 75334 PARIS CEDEX 07. Tel. 01.53.73.22.22.**

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par le membre participant, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la Mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

La mutuelle peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un membre participant ou d'un ayant droit.

En application de l'article L.223-1 du code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr

9-5 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – **61 rue Tailbout 75430 PARIS CEDEX 09**

9 -6 Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le membre participant peut adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse **MCVPAP - Service Réclamations – 93545 BAGNOLET CEDEX-** ou par e-mail à sreclamations@mc602.com, toute réclamation en précisant la nature de la réclamation, le numéro d'membre participant, les coordonnées auxquelles l'intéressé souhaite être recontacté. Toutes les réclamations font l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix jours ouvrables, suivant la date de réception de la demande. Elles sont traitées sous un délai de deux mois suivant la date de réception de la demande.

9-7 Médiateur de la consommation

La Mutuelle complémentaire a fait le choix de recourir, en tant que médiateur de la consommation, aux services de la Médiation Fédérale afin de traiter au mieux les litiges individuels opposant un membre participant à la mutuelle. Le médiateur est compétent exclusivement pour les engagements résultant de l'application du présent règlement mutualiste ou des statuts de la mutuelle. Il peut être saisi par l'membre participant ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de réclamations, et si aucune procédure contentieuse n'est engagée. La saisine se fait par écrit à l'adresse suivante :

le Médiateur FNMF 225 rue Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15 ou par email : mediation@mutualite.fr

Le médiateur rend un avis motivé dans les 90 jours maximum suivant la réception du dossier complet.

Le médiateur peut prolonger ce délai, à tout moment, en cas de litige complexe. Il en avise immédiatement les parties.

Le médiateur doit être saisi dans un délai maximum d'1 an suivant la réclamation écrite faite à la mutuelle.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsqu'il a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal.

Le médiateur, en faisant connaître aux parties la solution qu'il propose, leur rappelle, par courrier simple ou par voie électronique :

- 1° Qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution ;
- 2° Que la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;
- 3° Que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

Le médiateur précise également quels sont les effets juridiques de l'acceptation de la proposition de solution et fixe un délai d'acceptation ou de refus de celle-ci.

9-8 Juridiction compétente

En cas de litige avec la mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige, soit le juge de proximité, soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance).

9-9 Communication d'informations à destination du public

Les comptes annuels, le rapport de gestion, le rapport des commissaires aux comptes sur les comptes annuels sont consultables sur le site de la Mutuelle www.mc602.com