

Règlement Mutualiste

Version approuvée par l'Assemblée Générale du 26/06/2009

Le présent règlement mutualiste présente le contenu et la durée des engagements existants entre l'adhérent et la Mutuelle dans le cadre d'une adhésion individuelle, en ce qui concerne les prestations et cotisations de l'ensemble de nos garanties de Complémentaire Santé.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle OPALE est la «L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (A.C.A.M.), située 8 rue d'Astorg, Paris 8.

Obligation de la mutuelle et de ses adhérents

CHAPITRE 1

CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

Article 1 : les adhérents, dans le cadre d'une adhésion individuelle, se répartissent en diverses catégories ou formules, en fonction des garanties souscrites (cf chapitre 3 section 2).

Article 2 : en ce qui concerne les contrats groupe, conformément à l'article 11 de nos statuts, les garanties souscrites et les taux des cotisations sont définis contractuellement entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

CHAPITRE 2

OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

Section 1 : *Droits d'admission*

Article 3 : les membres participants sont exemptés du paiement d'un droit d'admission à la Mutuelle.

Section 2 : *Cotisations*

Article 4 – **CALCUL ET REEVALUATION DE LA COTISATION** : les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. A cette cotisation, s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Unions, Caisses Autonomes, Caisse Nationale de Prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

La cotisation est fixée forfaitairement selon la formule choisie. Elle est fonction de la composition de la famille et calculée selon le principe de modulation par tranches d'âges (cf article 5).

La cotisation peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal, ou autre. Des facilités de paiement peuvent être accordées suivant les modalités prévues à l'article 6.

La cotisation peut être revalorisée en cours d'année.

Article 5 – **TRANCHES D'AGE** : Les tranches d'âges régissant le principe des cotisations sont les suivantes :

- Taux unique de 0 à 18 ans.
- Tarification annuelle de 19 à 80 ans.
- Taux unique à partir de 81 ans.

Article 6 – **APPEL ET PAIEMENT DES COTISATIONS** : Lors de l'adhésion, la première mensualité est à régler en espèces ou en chèque.

Le paiement de la cotisation peut être facilité par un fractionnement prélevé mensuellement, trimestriellement ou semestriellement. Le prélèvement automatique a lieu soit le 6 soit le 15 du mois concerné.

Pour tout paiement de cotisation par espèce, chèque ou virement, la date d'échéance est le 1er du mois concerné.

Article 7 – **MEMBRES HONORAIRES** : les Membres Honoraires paient une cotisation de 12 Euros par an.

Article 8 : sans objet.

Article 9 – **CONDITIONS ET DATE DE PRISE EN COMPTE DE MODIFICATION DE L'ADHESION** :

l'adhérent dispose d'un délai de 2 mois pour informer la Mutuelle de tout événement le concernant, ou concernant l'un de ses ayants droit mutualistes, susceptible de modifier son contrat

- pour tout changement de domicile,
- pour tout changement de compte bancaire,
- pour toute modification dans la composition des membres de la famille mentionnés lors de l'adhésion comme assuré,
- pour tout changement de situation familiale (divorce...),
- pour tout changement de situation au regard du régime d'Assurance Maladie obligatoire,
- pour toute adhésion à un contrat collectif obligatoire ou à la CMU,
- pour la fin des études pour les assurés inscrits en formule ETUDIANT,

Par voie de conséquence, si l'événement survenu justifie un remboursement de cotisations, celui-ci s'exercera rétroactivement sur une période maximum de 2 mois.

Article 10 – **NON PAIEMENT DES COTISATIONS** : en cas de non-paiement des cotisations par chèque, par virement ou en espèces à la date d'échéance, il sera fait par la mutuelle :

- un rappel de cotisation par courrier le 16 du mois concerné.
- en cas de non réponse de l'adhérent, une mise en demeure en recommandé avec accusé de réception, 15 jours après le 1er rappel. Des frais d'impayés de 4.50€ seront imputés.
- Sans réponse de la part de l'adhérent et 30 jours après sa mise en demeure, pour quelque motif que ce soit, la garantie est suspendue. La radiation de l'adhérent et de ses ayants droit pourra être prononcée 10 jours après la suspension de sa garantie.

En cas de prélèvement bancaire revenu impayé, il sera fait par la mutuelle :

- un rappel de cotisation par courrier dès avis par la banque de l'impayé. Une majoration d'un montant de 9.15€ sera imputée à la cotisation pour frais d'impayés.
- en cas de non réponse de l'adhérent, une mise en demeure en recommandé avec accusé de réception, 10 jours après le 1er rappel.
- si aucune suite n'est donnée, la cotisation impayée imputée des frais sera récupérée automatiquement par prélèvement lors du prochain appel de cotisation.
- Sans réponse de la part de l'adhérent et 30 jours après sa mise en demeure, pour quelque motif que ce soit, la garantie est suspendue. La radiation de l'adhérent et de ses ayants droit pourra être prononcée 10 jours après la suspension de sa garantie.

CHAPITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHÉRENTS

Section 1 : *Prestations accordées par la Mutuelle*

Article 11 - **PRINCIPES** : l'obtention des prestations prévues dans ce chapitre n'est assurée que pour les soins et événements de toute nature qui se situent après la fin des stages (périodes pendant lesquelles les assurés ne peuvent pas prétendre à bénéficier des remboursements) imposés par la Mutuelle (cf article 12) et après l'application des mesures réglementant le changement de formules ou de niveaux de garantie (cf article 13).

En cas de modification des actes de la nomenclature de la Sécurité Sociale, ou en cas de changement de taux de remboursement des régimes obligatoires, décidé par les Pouvoirs Publics, le Conseil d'Administration de la Mutuelle se réserve la possibilité, en fonction de la situation financière de la Mutuelle d'une part, et de l'incidence prévisible de ces nouvelles mesures sur cette dernière d'autre part, de prendre ou non en charge, les nouvelles dépenses, sous réserve de ratification de cette décision par la plus proche Assemblée Générale.

Si l'adhérent ne peut prétendre aux prestations de son régime d'obligation (droits non ouverts), la Mutuelle n'est tenue qu'à concurrence des frais qu'elle aurait pris en charge si les droits avaient été ouverts et ce jusqu'à la fin de l'année civile. Si, à cette date, les droits de l'adhérent envers son régime d'obligation n'ont pas été rétablis, la radiation est effective.

Article 12 – **PRISE D'EFFET DES PRESTATIONS** : Le droit aux prestations pour les formules OPALE, OPALE+, SOLIDARITE, STANDARD, STANDARD+, SECURITE, SECURITE +, CONFORT et CONFORT + prend effet selon les règles suivantes :

. Si présentation d'un certificat de radiation d'un autre organisme de Complémentaire Santé : prise d'effet immédiate.

. Dans tous les autres cas, une période de stage (périodes pendant lesquelles les assurés ne peuvent prétendre à bénéficier des remboursements) est appliquée de la façon suivante :

Adhésion avant 30 ans :

Si adhésion aux formules OPALE, STANDARD ou STANDARD + : prise d'effet immédiate.

Si adhésion aux formules SECURITE, SECURITE + ou CONFORT, CONFORT + :

Stage de 3 mois pour les prothèses dentaires, les frais d'orthodontie et les frais d'optique.

Pas de stage pour les soins courants, l'hospitalisation et les autres prestations.

Adhésion entre 30 et 50 ans :

Stage de 3 mois pour les prothèses dentaires, les frais d'orthodontie et les frais d'optique.

Pas de stage pour les soins courants, l'hospitalisation et les autres prestations

Adhésion entre 51 et 70 ans :

Stage de 6 mois pour les prothèses dentaires, les frais d'orthodontie et les frais d'optique.

Adhésion au-delà de 70 ans :

Stage de 6 mois pour les soins courants.

Stage de 6 mois pour l'hospitalisation, les prothèses dentaires, les frais d'optique, les forfaits annuels et les autres prestations

Le droit aux prestations pour la formule ETUDIANT prend effet immédiatement.

Il n'est pas possible de souscrire à la formule CONFORT ou CONFORT + pour tout nouvel adhérent ayant cessé son activité et ne présentant pas de certificat de radiation d'un autre organisme de complémentaire santé

Le droit aux prestations pour les formules OPALE + et SOLIDARITE prend effet immédiatement.

Adhésion à la garantie OPALE +:

La garantie OPALE + est réservée aux adhérents pouvant justifier d'une affection de longue durée (selon Décret N° 93-1021 du 26/08/1993).

La garantie OPALE + est réservée aux adhérents pouvant justifier d'une incapacité de travail de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Adhésion à la garantie SOLIDARITE :

La garantie SOLIDARITE est réservée exclusivement aux adhérents «Licenciés et en recherche d'emploi» pouvant justifier leur situation chaque année.

Article 13 – **CHANGEMENT DE FORMULES** : tout adhérent a la possibilité de changer de formules ou de niveaux de garantie selon les règles suivantes :

- Si changement de formule mais avec même niveau de garantie (Standard à Standard +, Sécurité à Sécurité +, Confort à Confort +) : possible à tout moment sans période de stage.
- Si changement de formule avec baisse du niveau de garantie : possible à tout moment sans période de stage si deux ans d'ancienneté dans la même formule.
- Si changement de formule avec hausse du niveau de garantie : possible à tout moment si un an d'ancienneté en formule Standard ou Standard + ou deux ans d'ancienneté en formule Sécurité ou Sécurité +. A la date de la demande de changement, une période d'attente de 3 mois sera appliquée pour l'ensemble des soins. A l'expiration de cette période, les personnes protégées par le contrat bénéficieront sans aucune restriction des prestations de leur nouvelle formule.
- Si changement de formule ETUDIANT vers une autre formule : possible à tout moment sans période de stage. Si ce changement est effectué en cours d'année, le forfait Optique de la formule ETUDIANT n'est pas cumulable avec le forfait Optique de la nouvelle formule

- Article 14 – **CALCUL DES PRESTATIONS** : Nos prestations sont établies en conformité avec les dispositions relatives au Contrat Responsable mentionnées à l'article L 871-1 du code de la Sécurité Sociale.
- La mutuelle calcule des remboursements en prenant pour base de responsabilité de la Sécurité Sociale et après remboursement de cette dernière. La prise en charge des dépenses de médicaments, quels qu'ils soient (soumis au Tarif Forfaitaire de Responsabilité ou non), est réalisé dans la limite de remboursement de la Sécurité Sociale. Les remboursements calculés par la Mutuelle sont fonction de la couverture de l'adhérent à la date des soins telle que cette dernière a été reconnue par la Sécurité Sociale. Tout soin non pris par la Sécurité Sociale ne sera pris en charge par la Mutuelle sauf indication contraire dans le Chapitre 3 Section 2.

Article 15 – **PLAFONNEMENT DES PRESTATIONS** : le remboursement des dépenses de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 16 – **RISQUES EXCLUS** : sont exclus de l'ensemble de nos garanties les risques suivants : accident de travail, maladie professionnelle, affections couvertes à 100 % par le régime obligatoire d'assurance maladie, accident scolaire et accident de la circulation.

Article 17 - **FORCLUSION** : pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans le délai de 24 mois suivant la date du remboursement par le régime de protection sociale obligatoire. Passés ces délais, la demande de prestation est considérée comme forclosée et ne peut donner lieu à indemnisation. En cas de dénonciation de l'adhésion ou de la radiation, le délai de forclusion est ramené à 6 mois.

Article 18 - **GARANTIES EN INCLUSION DES FORMULES COMPLEMENTAIRE SANTE (ART 221-3 DU CODE DE LA MUTUALITE)** :

Article 18.1 – **ASSISTANCE A DOMICILE** : Le bénéfice de toute formule Complémentaire Santé implique d'autorité l'adhésion pour les membres participants et leurs ayants droits à la prestation offerte par « Garantie d'Assistance », la garantie d'assistance à domicile, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Une notice d'information présentant l'ensemble des services de Ressources Mutuelles Assistance est remise à l'adhésion. Chaque membre participant est informé chaque année du montant de la cotisation affectée à cette garantie.

Article 18.2 – **ALLOCATION OBSEQUES** : le bénéfice de toute formule Complémentaire Santé implique d'autorité l'adhésion pour les membres participants et leurs ayants droits au contrat « Garantie Obsèques » souscrit auprès de l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF).

Les membres participants qui ont 55 ans ou plus à la date d'adhésion à la mutuelle, ne peuvent bénéficier du capital obsèques. Cette règle est applicable depuis le 1er janvier 1993.

Une notice d'information relative au contrat garantie Obsèques est présentée en annexe et chaque membre participant est informé chaque année du montant de la cotisation affectée à cette garantie.

Article 19 – **PLAFONNEMENT DES REMBOURSEMENTS DE SOINS** : une formule complémentaire santé peut prévoir le plafonnement de certaines prestations en montant, en durée ou en nombre d'actes sur une période de référence qui est la plupart du temps l'année civile. Ces plafonnements sont indiqués sur les tableaux de prestation présentés en annexe et remis à l'adhésion.

Une formule complémentaire santé peut prévoir le bénéfice de certaines prestations en fonction de l'ancienneté de l'adhésion du membre participant ou de ses ayants droit. Ces règles sont indiquées sur les tableaux de prestation présentés en annexe et remis à l'adhésion.

Article 20 – **DELAI DE REMBOURSEMENT** : les prestations sont payées dès réception de la télétransmission ou du dossier complet de demande de remboursement (décomptes + factures si nécessaire) par virement bancaire.

Article 21 – **DEFINITION DES PRESTATIONS** : les actes de pratique médicale courante ou de spécialités sont remboursés sur la base des tarifs de conventions fixés entre les Caisses d'Assurance Maladie, et les praticiens et auxiliaires médicaux représentés par leurs organisations syndicales nationales. Ces actes sont référencés à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et applicables par les organismes de Sécurité Sociale.

Article 22 – **REGLES DE REMBOURSEMENT** : les prestations accordées par la Mutuelle, en complément des taux de remboursements de ces organismes, sont définies dans le Chapitre 3 section 2.

Certaines garanties spécifiques font l'objet de la définition suivante :

Hospitalisation

Le remboursement du forfait journalier hospitalier s'effectuera à hauteur d'un nombre d'indemnités décompté sur une année civile à partir du 1er jour d'hospitalisation dans l'établissement. Il inclut le remboursement du forfait journalier hospitalier, dans la limite de 30 jours par an, en établissement psychiatrique, en séjour effectué dans les établissements ou services de gériatrie ou de long séjour, dans les établissements de rééducation fonctionnelle, dans les maisons de repos et de convalescence, dans les maisons d'accueil spécialisé, d'instituts médicaux professionnels, ou éducatifs, ou psychopédagogiques.

Le remboursement de la chambre particulière s'effectuera à hauteur d'un nombre d'indemnités décompté sur une année civile à partir du 1er jour d'hospitalisation dans l'établissement. Il inclut le remboursement de la chambre particulière, dans la limite de 30 jours par an, en établissement psychiatrique, en séjour effectué dans les établissements ou services de gériatrie ou de long séjour, dans les établissements de rééducation fonctionnelle, dans les maisons de repos et de convalescence, dans les maisons d'accueil spécialisé, d'instituts médicaux professionnels, ou éducatifs, ou psychopédagogiques

DENTAIRE

Prothèse dentaire non remboursée par le Régime Obligatoire

Le remboursement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire par dent soignée. Il faut un an d'ancienneté dans la formule pour pouvoir en bénéficier. Sont exclus les frais de couronne provisoire.

MATERNITE

Si le forfait Maternité est prévu au contrat, il n'est délivré que sur présentation d'un acte de naissance ou d'adoption et après inscription effective de l'enfant.

PROTHESE AUDITIVE

Le forfait, s'il est prévu dans le contrat, est versé par prothèse auditive sous réserve d'acceptation du régime obligatoire.

CURE THERMALE

Le remboursement des honoraires de surveillance et des frais de traitement thermal (si prévu dans le contrat) s'effectue, sur présentation de la facture de l'établissement thermal, à concurrence d'un taux fixé à la garantie, en prenant pour base le tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie, et à condition que la cure thermique soit prise en charge par le régime d'Assurance Maladie.

Le remboursement des frais de transport et d'hébergement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire annuel, à condition que la cure thermique soit suivie par l'assuré et prise en charge par le régime d'Assurance Maladie.

Section 2 : *Présentation de l'ensemble des garanties dans le cadre d'une adhésion individuelle*

Article 23 – **DESCRIPTIF DES GARANTIES** : les prestations accordées par la Mutuelle, en complément des taux de remboursements des organismes de Sécurité Sociale, sont présentées dans les tableaux en annexe. Tous

les plafonds en quantité et en montant sont déterminés pour une période allant du 1er janvier au 31 décembre, et par bénéficiaire.

Section 3 : **FONDS D'ACTION SOCIALE**

Article 24 – Objet du Fonds d'Action Sociale : dans le cadre du fonds social tel que défini à l'article 3 des Statuts de la Mutuelle et aux articles 7 et 8 du Règlement Intérieur, il est prévu le versement d'une aide financière sous forme d'un secours.

Article 24-1– **AIDE POUR LES ORPHELINS** : les membres participants peuvent bénéficier, ainsi que leurs ayants droit, d'une allocation pour les orphelins, dans le cadre du fonds d'action sociale, sous réserve de répondre aux critères suivants : enfant dont le père ou la mère est décédé.

L'allocation Orphelin est versée chaque année au bénéficiaire jusqu'à son dix huitième anniversaire ou jusqu'à son vingt cinquième anniversaire s'il poursuit ses études.

Le montant de cette aide, plafonné annuellement à 150 euros par orphelin, est accordé après un examen particulier de chaque situation. La commission peut tenir compte des éléments suivants pour prendre sa décision : l'ancienneté de l'adhérent à la Mutuelle, les revenus familiaux, le type de formule, la composition familiale.

Article 24-2 – **PRESTATIONS EXCEPTIONNELLES** : les membres participants peuvent bénéficier, ainsi que leurs ayants droit, du versement d'un secours exceptionnel dans le cadre du fonds d'action sociale, sous réserve de répondre aux critères suivants :

- un an minimum d'adhésion comme membre participant ou ayant droit à la Mutuelle.
- un courrier de demande de secours exceptionnel adressé au président de la Mutuelle expliquant les motivations de la demande, accompagné de toutes les pièces justificatives (quittance des frais engagés, etc...).
- le dernier avis d'imposition du membre participant demandeur ou des parents de l'ayant droit demandeur.

La décision de verser cette aide à caractère exceptionnel et de déterminer son montant sera prise, après examen particulier de la demande, par la Commission du Fonds d'Action Sociale en conformité avec l'article 7 du règlement intérieur.