

REGLEMENT MUTUALISTE

Règles de gestion

APPLICABLE À TOUTES LES CATÉGORIES DE MEMBRES

à compter du 1^{er} juillet 2010



Pour tout renseignement :

☎ 03 44 06 90 00

REGLEMENT MUTUALISTE

Sommaire

TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES AUX PARTICULIERS ET AUX COLLECTIVITES	4
CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1 : Définition	4
Définitions des membres participants	4
Définitions des groupes	4
CHAPITRE 2 : PRINCIPES DE COTISATION	4
Article 2 : Financement de la garantie	4
Article 3 : Montant des cotisations	4
Article 4 : Défaut de paiement	4
CHAPITRE 3 : PRESTATIONS	4
Article 5 : Règles générales	4
Article 6 : Respect du parcours de soins coordonnés	4
Article 7 : Règlement des prestations	5
Article 8 : Règlement à l'adhérent	5
Article 9 : Règlement à un tiers, Tiers payant	5
Article 10 : Modalités de prise en charge des prestations, hors Tiers payant	6
Article 11 : Plafonds de garanties spécifiques	6
Article 12 : Forclusion	6
Article 13 : Prestations indues	6
Article 14 : Garanties exclues	6
Article 15 : Subrogation	6
CHAPITRE 4 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES	6
Article 16 : Information de la mutuelle	6
CHAPITRE 5 : INFORMATION DES ADHERENTS	6
Article 17 : Information précontractuelle	6
CHAPITRE 6 : LITIGES	7
Article 18 : Prescription - Médiation - Attribution de juridiction	7
TITRE II : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS INDIVIDUELS	7
CHAPITRE I : ADHESION	7
Article 19 : Bulletin d'adhésion	7
Article 20 : Date d'effet	7
Article 21 : Ouverture des droits	7
Article 22 : Stages	7
Article 23 : Bénéficiaires de l'aide à la mutualisation	7
Article 24 : Droits d'adhésion	7
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS	7
Article 25 : Appel des cotisations	7
Article 26 : Modalités de règlement	7
CHAPITRE 3 : RESILIATION, RADIATION	8
Article 27 : Résiliation	8
Article 28 : Radiation	8
Article 29 : Réintégration	8

TITRE III : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES	8
CHAPITRE 1 : ADHESION	8
Article 30 : Contrat	8
Article 31 : Bulletin d'affiliation.....	9
Article 32 : Date d'effet	9
Article 33 : Ouverture des droits.....	9
Article 34 : Stages	9
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS	9
Article 35 : Appel des cotisations.....	9
Article 36 : Modalités de règlement.....	9
CHAPITRE 3 : RADIATION	9
Article 37 : Radiation individuelle	9
Article 38 : Radiation collective	9
Article 39 : Réintégration	9
CHAPITRE 4 : NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	9
Article 40 : Modalités.....	9
TITRE IV : DISPOSITION SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS FACULTATIFS	10
CHAPITRE 1 : ADHESION	10
Article 41 : Contrat	10
Article 42 : Bulletin d'adhésion.....	10
Article 43 : Date d'effet	10
Article 44 : Ouverture des droits.....	10
Article 45 : Stages	10
Article 46 : Bénéficiaires de l'aide à la mutualisation	10
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS	10
Article 47 : Appel de cotisations.....	10
Article 48 : Modalités de règlement.....	10
CHAPITRE 3 : RADIATION	11
Article 49 : Radiation.....	11
Article 50 : Réintégration	11
CHAPITRE 4 : NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	11
Article 51 : Non renouvellement par la collectivité	11
Article 52 : Résiliation.....	11
DELAIS DE STAGE	12

TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES AUX PARTICULIERS ET AUX COLLECTIVITES

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : DEFINITIONS

Définitions des membres participants

Les membres participants de CCMO Mutuelle, tels qu'ils sont définis dans les statuts, sont répartis au sein de deux collèges : le collège des individuels et le collège des collectivités, eux-mêmes constitués de groupes, savoir :

- S'agissant du collège des individuels : il comprend l'ensemble des adhérents à titre individuel répartis en deux groupes :

- particuliers,
- travailleurs non salariés appelés également professionnels indépendants,

- S'agissant du collège des collectivités : il comprend deux groupes de collectivités : celui des adhérents ayant souscrit dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, et celui des adhérents ayant souscrit dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Le présent règlement concerne l'ensemble des adhérents des deux collèges précités.

Définitions des groupes

Le collège des individuels comprend :

- le groupe des particuliers qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, la garantie correspondant à l'une des options décrites ci-après en annexe. L'adhésion se réalise dans le cadre d'un contrat individuel (TITRE II).
- le groupe des travailleurs non salariés qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, dans le cadre de leur activité professionnelle, la garantie correspondant à l'une des options décrites ci-après en annexe. L'adhésion se réalise dans le cadre d'un contrat individuel (TITRE II).

Le collège des collectivités comprend :

- les adhérents ayant adhéré dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, signé avec un employeur personne physique ou morale, (TITRE III),
- les adhérents ayant adhéré dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, signé avec un employeur personne physique ou morale, ou toute structure juridique qui lui est rattachée, ou avec une personne morale agissant dans l'intérêt de ses membres (TITRE IV).

L'ensemble des personnes ayant adhéré dans le cadre d'un contrat collectif appartient alors au collège des collectivités indépendamment du collège d'appartenance visé à l'article 18 des statuts de la mutuelle.

CHAPITRE 2 : PRINCIPES DE COTISATION

Article 2 : FINANCEMENT DE LA GARANTIE

Le membre participant souscripteur d'un contrat individuel, l'entreprise ou toute personne morale souscriptrice d'un contrat collectif obligatoire ou facultatif, s'engage au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture de prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle.

Article 3 : MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est déterminée en fonction :

- de la garantie standard ou spécifique choisie,
- de la composition familiale.

Dans cette cotisation sont incluses :

- les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations, etc),
- les cotisations techniques,
- la contribution à la CMU et éventuellement la taxe sur les contrats d'assurance (TCA) lorsque que le contrat n'est pas qualifié de «responsable» au sens de la réglementation en vigueur, et toute taxe actuelle ou à venir, imposée par la réglementation en vigueur.

L'ensemble des sommes dues est réputé former un tout et être indivisible.

La cotisation est révisable annuellement en fonction des résultats techniques de la mutuelle et des évolutions des dépenses de santé fournies par les indices

officiels. Par ailleurs, l'évolution des cotisations de certains contrats collectifs peut faire l'objet d'un suivi spécifique en concertation avec le souscripteur.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier et éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des bénéficiaires venait à être augmentée suite à une évolution du Régime obligatoire. Les augmentations sont décidées par le Conseil d'administration et ratifiées par la prochaine Assemblée générale.

Les modalités d'appel et de règlement des cotisations sont traitées au Chapitre 2 des Titres II, III et IV ci-après.

Article 4 : DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement, la mutuelle se réserve, conformément aux dispositions des articles L.221-7 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et L.221-8 dudit code pour les opérations collectives, le droit de :

- recouvrer les cotisations auprès du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale,
- suspendre la garantie en cas de non paiement constaté trente jours après l'envoi de la mise en demeure,
- résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai précité de trente jours.

Les modalités de règlement sont détaillées aux articles 26, 36 et 48 ci-après.

CHAPITRE 3 : PRESTATIONS

Article 5 : REGLES GENERALES

Les frais médicaux pris en charge par le Régime obligatoire font l'objet d'un remboursement complémentaire en fonction de l'option choisie à l'exception des soins hors nomenclature sauf dérogation indiquée dans le tableau des garanties. Des garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite des frais restant à la charge de l'adhérent.

En cas de désengagement du Régime obligatoire ayant pour effet une prise en charge moins importante des dépenses médicales, la mutuelle continue à verser des prestations contractuelles en fonction du taux de remboursement du Régime obligatoire antérieur au désengagement, sauf accord exprès entre les parties au contrat.

La mutuelle assure en outre le service d'allocations obsèques, naissances et diverses, versées au titre des options souscrites qui ne peuvent pas être réglées si l'évènement générateur intervient postérieurement à la date de résiliation ou de radiation de l'adhérent.

L'allocation obsèques est réglée au tiers qui a supporté les frais de pompes funèbres, à l'ayant droit, aux héritiers ou à la succession si l'adhérent a payé les obsèques de son vivant, sur présentation des justificatifs de frais (voir formalités à l'article 7 ci-après : Règlement des prestations).

Le maintien des allocations obsèques, ainsi que leur montant, doivent être validés chaque année par l'Assemblée générale de la mutuelle qui vote chaque année leurs reconductions, leurs modifications ou leurs suppressions.

Article 6 : RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Les garanties standards ci-annexées, à l'exception des options C, Pomelo, Hospi Plus (Particuliers), Chirurgie, Hospi Plus et des Modules Plus et Sup' (Collectivités), prévoient des niveaux de prestations répondant aux obligations de remboursements minima mentionnés par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 (cadre réglementaire des contrats responsables) pris en application de la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004.

Les collectivités qui ont souscrit une de ces garanties ou une garantie spécifique répondant aux normes des contrats responsables sont informées de cette qualification dans les conditions particulières de leur contrat. Toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires aux dispositions précitées relatives aux contrats responsables seraient sans effet et réputées non écrites. Les bénéficiaires sont remboursés dans les conditions prévues par les garanties si le Régime obligatoire considère que le parcours de soins, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2005, est respecté.

En cas de non respect du parcours de soins coordonnés, conformément aux limites de remboursement imposées par le décret précité, la mutuelle applique les limites suivantes :

Ticket modérateur

- la majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge par la mutuelle.
- en cas de refus par le bénéficiaire de permettre la consultation du dossier médical personnel au professionnel de santé et de permettre le respect du parcours de soins, la majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge par la mutuelle.

Dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins relevant du secteur 1 et du secteur 2 sont remboursés dans la limite de la garantie prévue à l'exception du montant forfaitaire, parfois appelé franchise, fixé dans le cadre de la Convention médicale nationale du 12 janvier 2005.

Dans l'hypothèse où le montant forfaitaire aurait été, à tort, remboursé au professionnel de santé, la mutuelle peut le récupérer auprès de l'assuré.

Pour que le contrat soit qualifié de responsable, il faut en outre que la mutuelle ne rembourse pas la somme laissée à la charge de l'adhérent par le Régime obligatoire et également que les contrats incluent les deux mesures de prévention prévues par le dispositif.

Article 7 : REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées :

• A l'adhérent :

- à partir des données fournies directement par le Régime obligatoire de l'adhérent lorsque celui-ci a autorisé le télétraitement sous réserve que la copie de l'attestation papier de la carte vitale soit transmise à CCMO Mutuelle en cas de changement ou d'ajout de bénéficiaire ou de changement de caisse de Régime obligatoire. Cette procédure le dispense d'envoyer son décompte à la mutuelle et accélère les délais de remboursement;
- à partir des informations et justificatifs de dépenses transmis par l'adhérent lui-même. Il s'agit en l'espèce des décomptes originaux de l'organisme de Régime obligatoire et des factures originales des professionnels de santé ainsi que des devis ou prises en charge éventuels, aucune photocopie n'étant acceptée;
- à partir des pièces justificatives spécifiques liées à l'allocation versée (naissance, obsèques, etc.).

Remarques :

- Les produits, accessoires et examens non remboursables par le Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite, sous réserve de présentation des justificatifs originaux correspondants.
- L'allocation naissance, adoption ou obsèques présente un caractère indemnitaire et n'a ainsi à être versée que dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.
- Aux ayants droit du bénéficiaire décédé (adhérent, conjoint, enfant), ou à défaut, à l'héritier, sur présentation d'un certificat d'hérédité délivré par la Mairie ou le notaire chargé de la succession.
- Aux établissements de santé, aux professionnels de santé ou autres prestataires, lorsqu'une convention de Tiers payant est signée avec ces derniers.

L'allocation obsèques, sous réserve d'une déclaration faite dans les 6 mois à compter du décès et sous réserve que l'adhérent était à jour de ses cotisations, est réglée :

- A l'ayant droit, à l'héritier ou au tiers qui a couvert les frais de pompes funèbres sur présentation d'un certificat de décès et d'une facture acquittée à son nom. Si les frais ont été réglés à partir du compte bancaire ou postal personnel de l'adhérent décédé, ou dans le cadre d'une convention obsèques souscrite, de son vivant, par l'adhérent décédé, l'allocation obsèques entre dans le cadre de la succession. Elle est alors réglée :
- au notaire désigné sur simple lettre de sa part et sur facture acquittée,
- à l'un des héritiers qui présentera, outre la facture acquittée, une promesse de porte-fort signée de sa main, un mandat écrit des autres héritiers ainsi qu'un acte de notoriété (à demander au greffier en chef du Tribunal d'Instance du dernier domicile du défunt) certifiant de sa qualité d'héritier.

Article 8 : REGLEMENT A L'ADHERENT

Les prestations font l'objet de l'établissement d'un décompte. Elles sont réglées par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou lui sont adressées par chèque bancaire.

Les montants des prestations sont calculés en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite.

Le montant des remboursements des dépenses de santé par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. On entend par remboursement, le montant cumulé versé par le Régime obligatoire et par tout autre organisme complémentaire y compris la mutuelle.

Les sommes qui viennent en diminution du remboursement effectué par le Régime obligatoire ne seront pas prises en charge par la mutuelle.

Le versement des prestations est subordonné au règlement des cotisations. En cas de non paiement de ces dernières, les prestations font l'objet d'un règlement après régularisation de la situation dans les six mois qui suivent la suspension des garanties et en l'absence de résiliation ou de radiation.

Article 9 : REGLEMENT A UN TIERS, TIERS PAYANT

Pour certains actes et prescriptions, la mutuelle peut régler tout ou partie des honoraires et frais médicaux directement aux praticiens, professionnels de santé et/ou établissements ayant passé une convention avec elle.

Cette modalité, appelée « Tiers payant », ne pourra être appliquée que sous réserve de la réglementation des pouvoirs publics. Par ailleurs, le Tiers payant peut être limité au seul ticket modérateur des tarifs servant de base au remboursement du Régime obligatoire. Il n'est possible que pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés avec le Régime obligatoire et/ou la mutuelle, sauf obligation contraire imposée par la loi ou la réglementation.

Ce Tiers payant est une facilité accordée par la mutuelle qui pourra, à tout moment, y renoncer.

9-1 Carte mutuelle

L'obtention du Tiers payant nécessite la présentation de la carte de la mutuelle (carte de Tiers payant) en cours de validité, comportant les droits ouverts pour le bénéficiaire à la date des soins ou de facturation (produits pharmaceutiques par exemple).

La carte de la mutuelle permet aux adhérents de bénéficier du Tiers payant uniquement pour les risques mentionnés sur celle-ci et suivant les accords passés avec les professionnels de la santé.

Cette carte nominative est STRICTEMENT PERSONNELLE. Elle ne peut en aucun cas être utilisée par quelqu'un ne figurant pas nominativement sur la carte.

Sa validité est trimestrielle, semestrielle ou annuelle, en fonction du mode de règlement de la cotisation.

Dans le cas où la carte de mutuelle ne pourrait pas être présentée, la mutuelle pourra établir une prise en charge spécifique sur simple demande de l'établissement hospitalier ou du professionnel de santé.

Un duplicata de carte peut être délivré à la demande de l'adhérent, moyennant le paiement des frais de duplicata fixés forfaitairement à 5,50 €.

9-2 Modalités d'utilisation

Pour bénéficier du Tiers payant, l'adhérent doit présenter obligatoirement, la carte de mutuelle en cours de validité ainsi que la carte Vitale (ou l'attestation papier).

Pour les lunettes et les prothèses auditives :

possibilité de bénéficier du Tiers payant dans les centres mutualistes sous réserve de demander une prise en charge à la mutuelle et chez les opticiens qui ont passé une convention avec la mutuelle. La prise en charge permettant le règlement direct à l'opticien peut se faire dans le cadre de procédures spécifiques établies par CCMO Mutuelle et faisant l'objet d'une convention avec l'opticien.

Pour les soins et prothèses dentaires :

possibilité de bénéficier du Tiers payant dans les centres dentaires mutualistes, dans certains centres de soins agréés et chez les chirurgiens dentistes, qui ont passé une convention avec la mutuelle, sous réserve de demander à cette dernière une prise en charge. Il est conseillé à l'adhérent de demander au chirurgien dentiste un devis qui permettra de connaître la somme restant à sa charge et d'obtenir l'accord de prise en charge par la mutuelle.

Pour les hospitalisations :

Tiers payant dans les établissements conventionnés et agréés, ayant passé une convention avec la mutuelle sous réserve de demander une prise en charge à la mutuelle.

Le Tiers payant se fait sur la base de 100 % des tarifs de convention des Régimes obligatoires (Sécurité sociale, etc.), sauf accords spécifiques, notamment pour la radiologie, ou prise en charge par la mutuelle à défaut l'adhérent doit faire l'avance des suppléments et en demander le remboursement à la mutuelle en produisant le décompte du Régime obligatoire (Sécurité sociale, etc.) et les pièces justificatives des dépenses. Les suppléments lui seront alors remboursés par la mutuelle dans le cadre des garanties souscrites, selon les procédures habituelles.

Lorsque l'adhérent n'utilise pas le Tiers payant pour la part complémentaire, alors qu'il l'a utilisé pour la part Régime obligatoire, il ne devra pas fournir à la mutuelle de justificatif de paiement de la part complémentaire afin d'en obtenir le remboursement : la procédure de transmission informatisée des dépenses sera appliquée.

L'utilisation de la carte de la mutuelle par l'adhérent qui n'est pas à jour de ses cotisations de mutuelle ou par la personne protégée qui n'est plus couverte par l'adhérent constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

Article 10 : MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS, HORS TIERS PAYANT

Lorsque le Tiers payant ne peut pas être appliqué, la mutuelle rembourse les frais de soins avancés par ses adhérents sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- décompte original du Régime obligatoire ; ou éventuellement des décomptes des autres régimes complémentaires ;
- facture originale acquittée ;
- toute autre pièce justificative exigée par la mutuelle en fonction des garanties souscrites (devis, photocopie de feuille de soins, etc.).

La présentation de photocopies de décomptes du Régime obligatoire et/ou de factures n'est pas recevable pour percevoir des remboursements de la part de la mutuelle.

Article 11 : PLAFONDS DE GARANTIES SPECIFIQUES

11-1 Plafond reportable en garantie optique

Pour certaines options, dès le 1^{er} janvier de l'exercice civil suivant sa souscription, l'adhérent dispose d'une majoration de son plafond optique de 15%. Si l'absence de consommation se poursuit, la majoration augmente dans les conditions précisées ci-dessous :

- Année de souscription (N) : garantie initiale = 1
- N+1 : garantie initiale majorée de 15 % = 1,15
- N+2 : garantie initiale majorée de 30% = 1,30
- N+3 : garantie initiale majorée de 50% = 1,50
- N+4 : garantie initiale majorée de 75% = 1,75
- N+5 : garantie initiale majorée de 100% = 2

Dès qu'une dépense d'optique entraîne un remboursement et quel que soit son montant, le plafond optique est ramené l'année suivante au montant initial. Ce système fonctionne pour tous les équipements optiques, montures, verres, équipements complets et lentilles.

En cas de changement d'option, l'adhérent conserve le bénéfice du pourcentage de la bonification acquise dans le cadre de sa précédente option.

11-2 Plafonds progressifs prothèses dentaires

Dans le cadre de certaines options à destination des particuliers, des plafonds progressifs sur trois ans sont prévus en cas d'adhésion ou de mutation.

11-3 Plafonds implants dentaires

Pour certaines options, un plafond annuel peut être versé en cas de pose d'implant dentaire.

Ce versement est toutefois conditionné à une demande préalable obligatoire de prise en charge par la mutuelle.

Article 12 : FORCLUSION

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent, sous peine de forclusion, être remis à la mutuelle au plus tard dans les 12 mois suivant la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire, ou dans un délai de 12 mois à compter de la date de facturation pour toutes les prestations non remboursées par le Régime obligatoire.

Les réclamations concernant les remboursements sont obligatoirement formulées par écrit à la mutuelle dans un délai de trois mois après la date de règlement de la mutuelle.

Article 13 : PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'un des adhérents de la mutuelle ou à un professionnel de santé dans le cadre du Tiers payant, la mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire et pourra éventuellement prélever les sommes indûment perçues sur les prestations à venir. Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers payant.

Article 14 : GARANTIES EXCLUES

La mutuelle prend en charge les dépenses relatives aux prestations donnant lieu à une prise en charge du Régime obligatoire et pour lesquelles l'assuré peut justifier d'un décompte de remboursement. Le niveau de prise en charge de ces dépenses par la mutuelle est défini au contrat.

La mutuelle ne rembourse pas les actes et prestations non remboursés par le Régime obligatoire ou hors nomenclature du Régime obligatoire ainsi que tous les autres frais non remboursés par le Régime obligatoire.

Lorsque la mutuelle prend en charge des prestations non remboursées par le Régime obligatoire, celles-ci sont expressément définies au contrat ou dans l'annexe du présent règlement mutualiste correspondant. Elles correspondent aux garanties souscrites et aux barèmes de prestations, dans la limite du montant ou du nombre pour lesquels la mutuelle s'engage à participer.

Article 15 : 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.

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'indemnisé 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.

Cette subrogation s'exercera après communication par l'adhérent concerné ou ses ayants droit, des éléments nécessaires à la mutuelle pour pouvoir pratiquer son recours dans les meilleures conditions possibles.

En cas de retard (délai de réponse supérieur à 30 jours à compter de l'intervention de la mutuelle auprès de l'adhérent ou de ses ayants droit) ou en cas de mauvaise foi de la part de l'adhérent ou de ses ayants droit, dans la communication des informations relatives à l'accident et/ou au(x) tiers responsable(s) ou leur(s) représentant(s), défenseur(s) ou assureur(s), la mutuelle se réserve le droit de réclamer à l'adhérent ou à ses ayants droit, l'intégralité des dépenses que la mutuelle a engagées pour son adhérent.

De même, si l'adhérent victime a été indemnisé - au titre des dépenses engagées par la mutuelle - par un quelconque organisme, la mutuelle pourra lui demander la restitution des prestations versées au titre de l'accident et de ses suites et conséquences, ainsi que de toute somme que la mutuelle a exposée dans le cadre de cette subrogation.

Remarque : Il est vivement conseillé aux adhérents de vérifier auprès de leurs divers assureurs que ces accidents sont bien couverts par eux, par un contrat adapté.

CHAPITRE 4 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

Article 16 : INFORMATION DE LA MUTUELLE

L'adhérent doit communiquer tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, sa situation vis-à-vis du Régime obligatoire, son adresse, ses coordonnées bancaires, son nouveau centre de Régime obligatoire, etc. Cette formalité doit être effectuée par courrier mentionnant le numéro d'immatriculation au Régime obligatoire avec les pièces justificatives associées (certificats de naissance, de mariage, de décès, etc.), faute de quoi le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

Dans certains cas, les modifications pourront être enregistrées sur simple appel téléphonique ou dans les agences de la mutuelle. L'inscription d'un ayant-droit en cours d'année implique au minimum son adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

CHAPITRE 5 : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 17 : INFORMATION CONTRACTUELLE

Dans le cadre des garanties individuelles, les futurs membres participants reçoivent avant la signature du contrat, conformément aux dispositions de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information qui décrit leurs droits et obligations.

En application de l'article L.221-5 du Code de la mutualité, les membres participants bénéficiaires de garanties dans le cadre des opérations collectives sont informés des modifications de statuts et règlement, ainsi que des modifications de garanties définies au bulletin d'adhésion. En cas de souscription d'un contrat collectif, toute modification de celui-ci, y compris la modification de cotisation, est constatée par une lettre valant avenant, ou par avenant signé par les parties pour les contrats spécifiques.

Il est précisé en dernier lieu que les adhérents, bénéficiaires d'une garantie résultant d'un contrat collectif, reçoivent de leur employeur au moment de l'adhésion, la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du même code, mise à jour en cas de modifications apportées au contrat.

CHAPITRE 6 : LITIGES

Article 18: PRESCRIPTION-MEDIATION-JURIDICTION COMPETENTE

Prescription

Tout litige lié au paiement des prestations et à l'encaissement des cotisations se prescrit au bout d'un délai de deux ans, conformément aux dispositions des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité.

Médiation

En cas de difficultés dans l'interprétation du règlement mutualiste, ou en cas de différence entre les présentes dispositions et le tableau des garanties figurant en annexe, c'est la disposition la plus favorable à l'adhérent qui est retenue.

Dans tous les cas de difficultés d'application ou d'interprétation du règlement mutualiste et dans l'hypothèse où l'adhérent et la mutuelle ne parviendraient pas un accord, l'adhérent peut, sur simple demande écrite adressée au siège social de la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, faire appel au médiateur de CCMO Mutuelle qui est désigné par le Conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 74 des statuts.

Attribution de juridiction

Dans l'hypothèse où le médiateur ne pourrait pas rendre son arbitrage et/ou en cas de volonté de saisine des pouvoirs judiciaires, et plus généralement, faute de règlement amiable, tout désaccord survenant dans l'interprétation ou l'exécution du présent règlement mutualiste sera régi par les lois françaises, et sera exclusivement porté devant le Tribunal de Grande Instance de Beauvais, même en cas de pluralité de défendeurs.

TITRE II : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS INDIVIDUELS

Les membres du collège des individuels et les conditions d'adhésion à titre individuel sont définis dans les statuts. Le présent Titre définit les modalités d'application des articles 8 à 10 et 12 à 16 des statuts.

Article 19 : BULLETIN D'ADHESION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature d'un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l'attestation papier de la carte vitale et des règlements du droit d'adhésion et de la première cotisation, effectués obligatoirement par chèque, espèces, carte bancaire ou autorisation de prélèvement dûment remplie, signée et accompagnée de deux relevés d'identité bancaire.

Article 20 : DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception du bulletin d'adhésion dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives. L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

Toute nouvelle adhésion au titre du membre participant implique au minimum le paiement de 12 mois de cotisation, selon les modalités prévues dans le présent règlement.

Article 21 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l'objet de remboursement par la mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du 1^{er} jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la prise d'effet de l'option, compte tenu de l'ouverture des droits (sous réserve de l'application de la période de stage).

Le droit aux prestations prend effet à l'issue d'une période de stage. Celle-ci est déterminée à l'article 22 ci-après. Elle tient compte de l'âge de l'adhérent ou de la personne protégée à la souscription.

Article 22 : STAGES

22-1 Cas général

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la mutation. Ils sont déterminés en fonction de l'âge de l'adhérent ou de l'ayant droit (bénéficiaire).

Tout nouvel adhérent et ses ayants droit (personnes couvertes) bénéficient immédiatement des remboursements du ticket modérateur à l'exclusion des forfaits (y compris hospitalier), allocations, cures et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

L'âge est déterminé au moment de l'adhésion (et non au 1^{er} janvier de l'année en cours).

Les délais de stages sont fixés selon le tableau figurant en annexe.

22-2 Changement de garantie ou d'option

Toute demande de changement de garantie (pour une option offrant des garanties supérieures) ne pourra être acceptée par la mutuelle qu'après un sociétariat minimum d'un an dans la garantie en cours.

Toute demande d'extension de garantie s'appliquera avec la durée du stage correspondant à la nouvelle garantie souscrite, déterminée selon les mêmes conditions que celles déterminées en cas d'adhésion.

Le point de départ des stages est la date d'effet de l'adhésion ou du changement d'option.

Pendant la période de stage, l'adhérent ou l'ayant droit conserve les garanties acquises dans son option avant le changement.

22-3 Absence de stages

Par dérogation, les nouveaux adhérents pourront être exemptés des stages pour les risques couverts par la présente option, sur présentation d'un certificat de radiation, datant de moins de deux mois à la date d'adhésion, en provenance d'une autre mutuelle relevant du Code de la mutualité ou de tout autre organisme de complémentaire santé, relevant du Code des Assurances ou du Code de la Sécurité sociale.

De même, le conjoint (concubin ou cosignataire du PACS) inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, tout comme le nouveau né inscrit dans les deux mois suivant la naissance et l'enfant inscrit dans les deux mois suivant l'adoption, seront dispensés de stage, sous réserve que l'adhérent ait lui-même terminé sa période de stage.

22-4 Mutation

En cas de mutation du collège des Collectivités vers une garantie applicable aux membres du collège des individuels, aucune période de stage ne sera appliquée en cas de départ du salarié de l'entreprise. Si le salarié ne quitte pas l'entreprise, l'adhérent et ses ayants droit accompliront les stages qui régissent la catégorie des particuliers (sous réserve que l'adhérent ait lui-même terminé sa période de stage).

Article 23 : BENEFICIAIRES DE L'AIDE A LA MUTUALISATION

Certains adhérents peuvent bénéficier d'un « crédit d'impôt » au sens de l'article L.863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Ce crédit d'impôt consiste en une réduction accordée par la mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à cet adhérent.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit à réduction qui est valable pour une année.

Le droit à réduction commence à produire effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de l'attestation.

La reconduction de ce droit est conditionnée à la remise d'une nouvelle attestation.

Article 24 : DROITS D'ADHESION

Tout nouvel adhérent paie un droit d'adhésion dont le montant est fixé par le Conseil d'administration et ratifié par l'Assemblée générale.

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS

Article 25 : APPEL DES COTISATIONS

L'adhérent reçoit son appel de cotisation une fois par an ou tous les semestres (avant le 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet). Il peut fractionner le montant de la cotisation due dans les conditions exposées à l'article 26 ci-après.

Article 26 : MODALITES DE REGLEMENT

26-1 Périodicité de règlement

L'adhérent a la possibilité de choisir sa périodicité de règlement des cotisations (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Ces différentes possibilités constituent une facilité de paiement accordée par la mutuelle à ses adhérents, sans que cela n'altère le principe d'annualité de la cotisation.

26-2 Règlement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par mois, trimestre, semestre ou année. Toute année commencée est due.

En cas de paiement mensuel, le prélèvement est obligatoire, sauf en cas d'impayés, dans ce cas le règlement par chèque redevient la règle, conformément à l'article 26-2-2 ci-après.

26-2-1 Règlement hors prélèvement

Le paiement des cotisations s'effectue :

- Par chèque établi à l'ordre de CCMO Mutuelle, par virement sur le compte bancaire ou postal de la mutuelle. Dans ce cas, un relevé d'identité bancaire sera fourni à l'adhérent sur simple demande.
- En espèces ou par carte bancaire dans l'une des agences de la mutuelle.

Tout paiement doit être accompagné de la vignette d'identification qui se trouve sur l'appel de cotisation, afin de faciliter l'affectation du règlement et permettre ainsi l'ouverture des droits et l'envoi de la carte de Tiers payant.

En cas de retard de paiement, l'adhérent reçoit un premier rappel dans les quinze jours qui suivent la date d'échéance. Un deuxième rappel est éventuellement adressé dans les quinze jours qui suivent le premier rappel si l'adhérent n'a pas régularisé sa situation. Les frais de relance sont à la charge de l'adhérent.

En cas de non paiement à l'issue du deuxième rappel, la mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'adhérent selon les procédures contentieuses en cours. Tant que la cotisation n'est pas réglée, la carte de Tiers payant n'est pas délivrée et les prestations sont suspendues 30 jours après envoi de la mise en demeure.

Il n'est pas accusé réception aux règlements, sauf en cas de règlement en espèces pour lesquels un reçu est remis à l'adhérent. En cas de règlement par carte bancaire, le ticket de la carte bancaire est remis à l'adhérent.

26-2-2 Règlement par prélèvement

Le paiement des cotisations par prélèvement est subordonné à l'autorisation préalable de l'adhérent. Le passage à ce mode de règlement est possible, à tout moment, sous réserve d'un préavis d'un mois pour une date d'effet au premier jour du semestre ou du trimestre civil suivant la demande ; l'adhérent doit, dans cette hypothèse, être à jour de ses cotisations au semestre ou au trimestre civil.

Chaque adhérent reçoit avant le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet de chaque année un avis d'appel de cotisation avec l'échéancier mensuel de règlement.

La cotisation est prélevée le 5 ou le 10 du mois ou le jour ouvrable le plus proche du 5 ou du 10 du mois. Le choix de la date de prélèvement appartient à l'adhérent lors de son adhésion.

En cas d'impayé du prélèvement, l'adhérent doit faire rapidement les démarches nécessaires afin que le deuxième ordre de prélèvement émis par la mutuelle soit honoré.

Les frais de rejet sont à la charge de l'adhérent et sont inclus dans le prélèvement suivant.

Après deux rejets de prélèvement consécutifs, la mutuelle se réserve le droit de lui interdire ce mode de règlement.

En cas de non paiement à l'issue du deuxième rejet, la mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'adhérent selon les procédures contentieuses prévues.

Tant que la cotisation n'est pas réglée, les prestations sont suspendues et l'usage de la carte de Tiers payant est interdit. Si l'adhérent, ou l'un de ses ayants droit, utilisait néanmoins sa carte de Tiers payant, cela constituerait un délit.

Tout changement de coordonnées bancaires doit être signalé à la mutuelle au plus tard pour le 20 du mois qui précède la date de prélèvement, afin d'éviter un risque de rejet de prélèvement et donc les frais y afférents.

CHAPITRE 3 : RESILIATION, RADIATION

Article 27 : RESILIATION

La résiliation du contrat individuel du membre participant ne peut avoir lieu avant l'accomplissement d'une adhésion minimum de 12 mois. Elle doit être notifiée par écrit selon les modalités suivantes :

- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'accusé de réception au siège de la mutuelle, deux mois avant la fin de l'année civile (soit au plus tard le 31 octobre, le cachet de La Poste faisant foi). En cas de résiliation, tout adhérent doit obligatoirement se mettre à jour de ses cotisations, toute année commencée étant due dans son intégralité.

Par dérogation au droit de résiliation à l'échéance annuelle, l'adhérent qui rejoint un contrat collectif obligatoire doit notifier par écrit sa demande selon les modalités suivantes :

- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'accusé de réception au siège de la mutuelle, à laquelle sont jointes l'attestation de l'employeur qui a souscrit un contrat obligatoire et la carte de la mutuelle en cas de résiliation en cours d'année.

La résiliation prend effet à la fin du mois qui suit la réception de l'ensemble de ces documents, sous réserve que l'adhérent soit à jour de ses cotisations.

Enfin, conformément aux dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité issu de l'article 30 de la loi du 28 janvier 2005, dite loi Châtel, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé avec

cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'adhérent peut mettre un terme au contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction en envoyant une lettre recommandée au siège de la CCMO.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Article 28 : RADIATION

Les membres participants n'ayant pas payé leur cotisation voient leur garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle.

Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement, par tous moyens jugés nécessaires par la mutuelle, des sommes dues jusqu'à la fin de l'année en cours. La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les frais de recouvrement sont réputés être à la charge de l'adhérent.

La radiation peut être prononcée, s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure, dans le délai de quarante jours à compter de sa date de réception, délai précité à l'article 4 du présent règlement mutualiste.

Lorsque la radiation est prononcée l'adhérent doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer sa carte de mutuelle.

L'adhérent radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard à la date d'effet de la radiation.

Aucun certificat de radiation n'est délivré à l'adhérent radié pour non paiement de cotisations.

Article 29 : REINTEGRATION

La réintégration après la radiation prononcée par la mutuelle ne peut être faite que sur décision de la mutuelle, statuant sur la demande de l'adhérent et sous réserve que celui-ci ait réglé ses arriérés de cotisations et se soit acquitté des frais de recouvrement.

TITRE III : DISPOSITIONS SPECIFIQUES

AUX CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES

Les membres du collège des collectivités et les conditions d'adhésion dans le cadre des contrats collectifs obligatoires sont définis dans les statuts. Le présent Titre définit les modalités d'application des articles 9 et 11-2 ainsi que 12 à 16 des statuts.

CHAPITRE I : ADHESION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature :

- d'un contrat signé conformément à l'article 30 ci-après,
- d'un bulletin d'affiliation, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des parties à garantir. Cette adhésion est confirmée par l'envoi d'une fiche de liaison qui sera utilisée pour toute demande de modification du dossier de l'adhérent, lorsque ce contrat est signé par une personne morale.

Article 30 : CONTRAT

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature d'un contrat signé avec un employeur, personne physique ou morale.

Dans le cadre de ce contrat, un correspondant mutualiste est désigné, qui sera l'interlocuteur de la mutuelle pour les questions relatives à la vie de ce contrat.

30-1 Durée du contrat

Le contrat qui lie la collectivité à la mutuelle a une durée minimum de douze mois comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction par période de douze mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile.

Dans le cadre de ce contrat, la durée minimum de l'affiliation à titre individuel est celle du contrat ou de la durée de l'emploi dans l'entreprise.

30-2 Stipulations contractuelles

Dans le cadre du contrat, des stipulations spécifiques peuvent être indiquées et se trouver en contradiction avec les statuts ou le présent règlement.

Dans cette hypothèse, les stipulations qui se trouvent dans le contrat l'emportent sur celles des statuts et/ou du présent règlement mutualiste.

Article 31 : BULLETIN D’AFFILIATION

Dans le cadre du contrat collectif toute personne qui adhère à la mutuelle et souhaite bénéficier des conditions prévues dans le cadre de ce contrat doit signer un bulletin d’affiliation, comportant notamment la déclaration exacte de l’identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l’attestation papier de la carte vitale. La signature du bulletin d’affiliation par l’adhérent individuel emporte acceptation des statuts, du règlement mutualiste et des conditions contractuelles.

Article 32 : DATE D’EFFET

L’adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois civil en cours dès la réception du bulletin d’affiliation.

L’adhésion est valablement enregistrée dès l’encaissement de la première cotisation. Aucun effet rétroactif n’est admis pour l’ouverture d’un dossier.

Article 33 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l’objet de remboursement par la mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du 1^{er} jour de prise d’effet de l’adhésion ou de la prise d’effet de l’option, compte tenu de l’ouverture des droits (sous réserve de l’application des stages).

Article 34 : STAGES

34-1 Cas général

Aucun stage ne sera appliqué dans le cadre d’un contrat souscrit à titre obligatoire pour l’adhérent, en revanche des délais de stage peuvent être appliqués pour son conjoint ou les personnes protégées dans l’hypothèse où leur demande d’adhésion n’est pas formulée en même temps que celle de l’adhérent. Dans ce cas, les délais de stage appliqués aux personnes protégées suivent les mêmes règles que celles des individuels dès lors que la demande d’adhésion n’intervient pas dans les trois mois qui suivent la date d’effet du contrat obligatoire ou la date d’affiliation de l’adhérent principal.

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d’effet de l’adhésion ou de la mutation. Pendant la période de stage, la mutuelle accorde le remboursement du ticket modérateur sur les soins médicaux à l’exclusion des forfaits (y compris hospitalier), allocations et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

34-2 Changement de garantie ou d’option dans le cadre d’un contrat collectif

Toute demande de changement de garantie s’appliquera (pour une option offrant des garanties supérieures) ne pourra être acceptée par la mutuelle qu’après un sociétariat minimum d’un an dans la garantie en cours.

Toute demande d’extension de garantie avec la durée du stage correspondant à la nouvelle garantie souscrite, déterminée selon les mêmes conditions que celles déterminées en cas d’adhésion.

Le point de départ des stages est la date d’effet de l’adhésion ou du changement d’option.

Pendant la période de stage, l’adhérent ou l’ayant droit conserve les garanties acquises dans son option avant le changement.

34-3 Absence de stages

Par dérogation, le nouveau né inscrit dans les deux mois suivant la naissance, l’enfant adopté inscrit dans les deux mois suivant l’adoption, tout comme le conjoint (concubin ou cosignataire du PACS) inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, seront dispensés de stage, sous réserve que l’adhérent ait lui-même terminé sa période de stage, et sur présentation d’un certificat de radiation en provenance d’un autre organisme assureur, datant de moins de deux mois à la date d’adhésion pour le conjoint.

34-4 Mutation

En cas de mutation du collègue des particuliers vers une garantie applicable aux membres du collègue des collectivités, aucune période de stage ne sera appliquée.

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS

Article 35 : APPEL DES COTISATIONS

Un appel de cotisation est envoyé, selon la périodicité et le terme choisis dans le contrat, directement à la personne morale et/ou à l’adhérent. La personne morale désignera à cet effet le destinataire de l’appel de cotisation.

Article 36 : MODALITES DE REGLEMENT

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme à échoir, au plus tard le 5

du mois suivant la réception de l’appel de cotisation, sauf stipulations contraires inscrites dans le contrat. Le règlement des cotisations peut se faire par chèque, prélèvement ou par virement sur le compte bancaire de CCMO Mutuelle.

CHAPITRE 3 : RADIATION

Article 37 : RADIATION INDIVIDUELLE

La radiation individuelle ne peut être acceptée que lorsque le salarié quitte l’entreprise ou ne correspond plus à la catégorie assurée ; dans ces hypothèses aucun délai de préavis ne s’applique. La fiche de liaison doit être transmise à la mutuelle par l’entreprise qui doit en outre y joindre la carte de la mutuelle, réclamée au préalable auprès de l’adhérent.

Il est par ailleurs précisé que :

- Aucune radiation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par CCMO Mutuelle de la demande de radiation par l’entreprise.
- Aucune prestation ne peut être servie après la date d’effet de la résiliation sauf celles pour lesquelles la date de soins est antérieure à la date de résiliation et sous réserve qu’elles soient demandées dans un délai maximum de douze mois après la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire.
- Un certificat de radiation est envoyé sur demande à l’adhérent démissionnaire.

L’adhérent qui quitte l’entreprise peut demander son adhésion à CCMO Mutuelle dans le cadre d’un contrat d’accueil (garanties exposées en annexe) conformément à la réglementation en vigueur.

Article 38 : RADIATION COLLECTIVE

Lorsque la collectivité ne paie pas ses cotisations, les membres participants peuvent voir leurs garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle, dans le cadre de la radiation de la collectivité. Cette possibilité n’exclut pas le recouvrement (par tous moyens que la mutuelle jugera nécessaires) des sommes dues jusqu’à la fin de l’année en cours.

La radiation de la collectivité est précédée d’une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec demande d’avis de réception.

Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont réputés être à la charge de la collectivité.

La radiation peut être prononcée s’il n’a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de 40 jours, à compter de la date de réception de la mise en demeure.

Lorsque la radiation est prononcée, la collectivité doit se mettre à jour de la cotisation de l’année en cours et restituer les cartes de mutuelle.

L’adhérent ainsi radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard dès la date d’effet de la radiation.

Article 39 : REINTEGRATION

La réintégration après la radiation prononcée par la mutuelle ne peut être faite que sur décision de la mutuelle statuant sur la demande de la collectivité et sous réserve que celle-ci ait réglé ses arriérés de cotisations et se soit acquittée des frais de recouvrement.

CHAPITRE 4 : NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Article 40 : MODALITES

a- La collectivité a la faculté de ne pas renouveler le contrat.

Elle doit en informer la mutuelle par notification avec un préavis de six mois ; la notification doit donc être envoyée au plus tard le 30 juin de l’année concernée, le cachet de La Poste faisant foi.

b- Dans le cas où la collectivité ne respecte pas le préavis contractuel de dénonciation, celle-ci est irrecevable et le contrat poursuit ses effets durant l’année suivante ; si la collectivité interrompt le paiement des cotisations avant le terme du contrat, celui-ci sera résilié de plein droit soixante jours après mise en demeure non suivie d’effet, et la collectivité devra payer à CCMO Mutuelle en guise de clause pénale (article 1152 du Code civil) une somme à titre de dommages et intérêts correspondant à une année de cotisation.

c- La collectivité peut décider de ne pas renouveler le contrat à titre conservatoire. Dans ce cas, cette décision devra être notifiée par une lettre recommandée avec accusé de réception devant parvenir à la mutuelle au plus tard le 30 juin et le non renouvellement devant être confirmé dans les mêmes formes avant le 31 décembre de l’année considérée ; faute de quoi la dénonciation sera nulle et non avenue et le contrat poursuivra ses effets.

d- Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir par dérogation d’autres stipulations organisant le non renouvellement ; elles s’imposeront alors aux conditions générales du contrat et au règlement mutualiste.

TITRE IV : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS FACULTATIFS

Les membres du collège des collectivités et les conditions d'adhésion dans le cadre des contrats collectifs facultatifs sont définis dans les statuts. Le présent Titre définit les modalités d'application des articles 9 et 11-1 ainsi que 12 à 16 des statuts.

CHAPITRE I : ADHESION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature :

- d'un contrat signé conformément à l'article 41 ci-après,
- d'un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des parties à garantir. Cette adhésion est confirmée par l'envoi d'une fiche de liaison qui sera utilisée pour toute demande de modification du dossier de l'adhérent, lorsque ce contrat est signé par une personne morale.

Article 41: CONTRAT

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature d'un contrat signé avec un employeur, personne physique ou morale, ou toute structure juridique qui lui est rattachée, ou enfin avec une personne morale agissant dans l'intérêt de ses membres.

Dans le cadre de ce contrat, un correspondant mutualiste est désigné, qui sera l'interlocuteur de la mutuelle pour toutes questions relatives à la vie de ce contrat.

41-1 Durée du contrat

Le contrat qui lie la collectivité à la mutuelle a une durée minimum de douze mois comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit, il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction pour une période de 12 mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile. Dans le cadre de ce contrat, la durée de l'adhésion à titre individuel est de 12 mois minimum.

41-2 Stipulations contractuelles

Dans le cadre du contrat, des stipulations spécifiques peuvent être indiquées et se trouver en contradiction avec les statuts ou le présent règlement. Dans cette hypothèse, les stipulations qui se trouvent dans le contrat l'emportent sur celles des statuts et du présent règlement mutualiste.

Article 42 : BULLETIN D'ADHESION

Dans le cadre du contrat collectif, toute personne qui souhaite adhérer à la mutuelle et bénéficier des conditions prévues dans le cadre de ce contrat doit signer un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir.

Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l'attestation papier de la carte vitale et éventuellement du règlement de la première cotisation, effectué obligatoirement par chèque, espèces, carte bancaire, ou prélèvement automatique sur le compte bancaire en cas de paiement direct de sa cotisation par l'adhérent.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent individuel emporte acceptation des statuts, du règlement mutualiste et des conditions contractuelles.

Article 43 : DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois civil en cours, dès la réception du bulletin d'adhésion.

L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation. Aucun effet rétroactif n'est admis pour l'ouverture d'un dossier.

Article 44 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l'objet de remboursement par la mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du 1^{er} jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la prise d'effet de l'option, compte tenu de l'ouverture des droits (sous réserve de l'application de la période de stage).

Le droit aux prestations prend effet à l'issue d'une période de stage. Celle-ci est déterminée en fonction de l'option souscrite, et éventuellement, de l'âge de l'adhérent à la souscription et du délai entre la date de son embauche et la date de son adhésion à la mutuelle.

Article 45 : STAGES

45-1 Cas général

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d'effet

de l'adhésion ou de la mutation. Ils sont déterminés en fonction de l'âge de l'adhérent ou de l'ayant droit (bénéficiaire).

Cependant, tout nouvel adhérent et ses ayants droit (personnes couvertes), bénéficient immédiatement des remboursements du ticket modérateur à l'exclusion des forfaits éventuels (y compris hospitalier), allocations, cures et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

Pour le contrat souscrit à titre facultatif, les salariés, présents dans l'entreprise au moment de la prise d'effet du contrat, qui n'adhèrent pas au contrat dans les 3 mois suivant sa date d'effet, se verront appliquer les mêmes périodes de stage que les membres ayant adhéré à un contrat individuel. De même, les nouveaux salariés qui n'adhèrent pas dans les 3 mois suivant leur embauche, accompliront les stages applicables aux membres du collège des individuels. Les délais de stage figurent en annexe.

45-2 Changement de garantie ou d'option dans le cadre d'un contrat collectif
Toute demande de changement de garantie (pour une option offrant des garanties supérieures) ne pourra être acceptée par la mutuelle qu'après un sociétariat minimum d'un an dans la garantie en cours.

Toute demande d'extension de garantie s'appliquera avec la durée du stage correspondant à la nouvelle garantie souscrite, déterminée selon les mêmes conditions que celles déterminées en cas d'adhésion.

Le point de départ des stages est la date d'effet de l'adhésion ou du changement d'option.

Pendant la période de stage, l'adhérent ou l'ayant droit conserve les garanties acquises dans son option avant le changement.

45-3 Absence de stages

Par dérogation, les nouveaux adhérents pourront être exemptés des stages pour les risques couverts par l'option choisie, sur présentation d'un certificat de radiation, datant de moins de deux mois à la date d'adhésion, en provenance d'une autre mutuelle relevant du Code de la mutualité ou de tout autre organisme de complémentaire santé, relevant du Code des Assurances ou du Code de la Sécurité sociale.

De même, le conjoint (concubin ou cosignataire du PACS) inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, tout comme le nouveau né inscrit dans les deux mois suivant la naissance et l'enfant inscrit dans les deux mois suivant l'adoption, sera dispensé de stage, sous réserve que l'adhérent ait lui-même terminé sa période de stage.

45-4 Mutation

En cas de mutation de la catégorie des individuels vers une garantie applicable aux membres du collège des collectivités, aucune période de stage ne sera appliquée.

Article 46 : BENEFICIAIRES DE L'AIDE A LA MUTUALISATION

Certains adhérents peuvent bénéficier d'un «crédit d'impôt» au sens de l'article L 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Ce crédit d'impôt consiste en une réduction que peut accorder la mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à l'adhérent, payeur de la totalité de la cotisation.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit à réduction qui est valable pour une année.

Le droit à réduction commence à produire effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de l'attestation.

La reconduction de ce droit est conditionnée à la remise d'une nouvelle attestation.

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS

Article 47 : APPEL DE COTISATIONS

Un appel de cotisation est envoyé, selon la périodicité et le terme choisis dans le contrat, directement à l'adhérent, à la personne morale ou à la personne physique signataire du contrat. La personne morale désignera à cet effet le destinataire de l'appel de cotisation.

ARTICLE 48 : MODALITES DE REGLEMENT

48-1 Paiement par la collectivité

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme à échoir, au plus tard le 5 du mois suivant la réception de l'appel de cotisation, sauf stipulations contraires inscrites dans le contrat. Le règlement des cotisations peut se faire par chèque, prélèvement ou par virement sur le compte bancaire de CCMO Mutuelle.

48-2 Paiement par l'adhérent individuel

Les cotisations payées directement par l'adhérent individuel suivent les mêmes règles que celles appliquées aux adhérents du collège des individuels (voir Titre II, Chapitre 2).

CHAPITRE 3 : RADIATION

Article 49 : RADIATION

Les membres participants n'ayant pas payé leurs cotisations voient leurs garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle. Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement par tous moyens des sommes dues jusqu'à la fin de l'année en cours.

Lorsque la collectivité ne paie pas ses cotisations, les membres participants peuvent voir leurs garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle, dans le cadre de la radiation de la collectivité. Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement (par tous moyens que la mutuelle jugera nécessaires) des sommes dues jusqu'à la fin de l'année en cours.

La radiation collective est précédée d'une mise en demeure adressée à la collectivité par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La radiation individuelle est précédée d'une mise en demeure adressée à l'adhérent par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont réputés être à la charge de la collectivité ou de l'adhérent, selon le cas.

La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de 40 jours, à compter de la date de réception de la mise en demeure.

Lorsque la radiation est prononcée, l'adhérent ou la collectivité doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer la ou les carte(s) de mutuelle. L'adhérent ainsi radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard dès la date d'effet de la radiation.

Aucun certificat de radiation n'est délivré à l'adhérent radié pour non paiement de cotisations.

Article 50 : REINTEGRATION

La réintégration après la radiation prononcée par la mutuelle ne peut être faite que sur décision de la mutuelle statuant sur la demande de l'adhérent et sous réserve que l'adhérent ait réglé ses arriérés de cotisations, et se soit acquitté des frais de recouvrement.

CHAPITRE 4 : NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Article 51: NON RENOUVELLEMENT PAR LA COLLECTIVITE

a- La collectivité a la faculté de ne pas renouveler le contrat.

Elle doit en informer la mutuelle par notification avec un préavis de six mois ; la notification doit donc être envoyée au plus tard le 30 juin de l'année concernée, le cachet de La Poste faisant foi.

b- Dans le cas où la collectivité ne respecte pas le préavis contractuel de dénonciation, celle-ci est irrecevable et le contrat poursuit ses effets durant l'année suivante ; si la collectivité interrompt le paiement des cotisations avant le terme du contrat, celui-ci sera résilié de plein droit soixante jours après mise en demeure non suivie d'effet, et la collectivité devra payer à CCMO Mutuelle en guise de clause pénale (article 1152 du Code civil) une somme à titre de dommages et intérêts correspondant à une année de cotisation.

c- La collectivité peut décider de ne pas renouveler le contrat à titre conservatoire. Dans ce cas, cette décision devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception devant parvenir à la mutuelle au plus tard le 30 juin, et le non renouvellement devant être confirmé dans les mêmes formes avant le 31 décembre de l'année considérée ; faute de quoi la dénonciation à titre conservatoire sera nulle et non avenue et le contrat poursuivra ses effets.

d- Par ailleurs dans le cas où les membres participants vident le contrat par leurs résiliations, celles-ci devront respecter le préavis contractuel de dénonciation de six mois qui s'impose à la collectivité ; faute de quoi leurs résiliations seront constitutives d'un abus de droit sanctionné par la clause pénale stipulée au paragraphe b- ci dessus.

e- Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir par dérogation d'autres stipulations organisant le non renouvellement ; elles s'imposeront alors aux conditions générales du contrat et au règlement mutualiste.

Article 52 : RESILIATION INDIVIDUELLE

La résiliation par le membre participant ne peut avoir lieu avant l'accomplissement d'une adhésion minimale de douze mois sauf en cas de départ de l'entreprise ou de la collectivité et sous réserve de la restitution de la carte de Tiers payant. Elle doit être notifiée par écrit selon l'une des deux modalités suivantes :

a) soit l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la mutuelle deux mois avant la fin de l'année civile (soit au plus tard le 31 octobre le cachet de La Poste faisant foi) ;

b) soit la transmission à la mutuelle par l'entreprise de la fiche de liaison à

laquelle sera jointe la carte de la mutuelle restituée par le membre participant. Il est par ailleurs précisé que :

- aucune résiliation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par CCMO Mutuelle de la demande de résiliation.
- aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation sauf celles pour lesquelles la date de soins est antérieure à la date de résiliation et sous réserve qu'elles soient demandées dans un délai maximum de douze mois après la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire.
- un certificat de radiation est envoyé sur demande de l'adhérent démissionnaire.

Délais de stage *

Opérations individuelles et collectives

Garantie / âge de l'adhérent et de la personne protégée	Code	Jusqu'à 55 ans	De 55 à 70 ans	Plus de 70 ans
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Forfait journalier, chambre particulière et frais de séjour et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radio et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

* Les délais de stage s'appliquent pour les opérations individuelles et les opérations collectives à l'exception des seuls membres participants dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Délais de stage applicables en cas d'adoption des garanties suivantes :

Module Plus et Module Sup :

Le délai de stage commence à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion et est fixé à trois mois. En cas d'adhésion simultanée au (ou aux) module(s) et à la garantie de base, le délai de stage sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation d'un précédent organisme de complémentaire santé ; toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage de trois mois.

Hospi plus :

Seules seront prises en charge les hospitalisations pour maladie intervenant au moins trois mois après la date d'effet de l'adhésion. Toute hospitalisation pour accident sera indemnisée dès la date d'effet de l'adhésion.

CCMO Mutuelle
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
BP 50993
60014 Beauvais Cedex

Tel : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01

Courriel : accueil@ccmo.fr

Mutuelle soumise au Livre II
du Code de la mutualité - N° 780508073

Règlement applicable à compter du 1^{er} juillet 2010 voté par l'Assemblée générale du 26 mai 2010
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073