



La Mutuelle Catalane
Une mutuelle plus humaine



**MUTUALITÉ
FRANÇAISE**

Règlement Mutualiste

VALIDÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU 24 OCTOBRE 2023

La Mutuelle Catalane, régie par le Livre II du Code de la Mutualité
N° Siren : 302 476 536 | N° Préfectoral d'agrément : 66004573

ARTICLE 1 : OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement a pour objet de définir les engagements contractuels liant La Mutuelle Catalane dénommée ci-après "la mutuelle", aux participants (adhérents individuels, adhérents collectifs) :

Pour les prestations, frais de santé complémentaires aux régimes de base de la Sécurité Sociale ;
Pour divers forfaits.

L'engagement réciproque du participant et de ses bénéficiaires, et de la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion individuel, qui comporte les extraits du présent règlement afférents aux opérations individuelles.

L'engagement réciproque entre une personne morale, ci-après dénommée participant (entreprises/associations...), au profit de ses salariés ou de ses membres, résulte de la souscription par cet adhérent d'un contrat collectif auprès de la mutuelle, qui contiendra les extraits du présent règlement afférents aux opérations collectives.

Les droits et obligations particuliers de la mutuelle et de l'adhérent sont également constatés dans ce contrat, conformément à l'article L 221.2 du Code de la Mutualité.

Il sera fait application des statuts de la mutuelle pour tous les aspects ne faisant pas l'objet du présent règlement, et notamment sa modification, ou du contrat collectif.

ARTICLE 2 : PERSONNES

2.1 Dispositions communes aux adhésions à titre individuel et aux assurés garantis par un contrat collectif

Peuvent être bénéficiaires des garanties du contrat :

L'assuré social affilié dénommé « participant » (« adhérent individuel » ou « adhérent collectif ») ;

- Son conjoint (salarié ou non) ;
- Son concubin au sens de l'article 515-8 du Code Civil (salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec l'adhérent ;
- Les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - Les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension
 - Les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - Les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.
 - Les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global.
 - Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité), pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que de l'adhérent est autorisé à déduire de son revenu imposable.
- Toute autre personne à charge du participant, au sens des assurances sociales.

La mutuelle se réserve le droit, à tout moment, de demander de l'adhérent de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par son adhésion (notamment, extrait des informations administratives contenues dans la carte Sésame Vitale ou avis d'imposition).

2.2 Dispositions propres aux contrats collectifs

Sont assurées au titre du contrat collectif obligatoire ou facultatif les personnes affiliées pour elles-mêmes et les bénéficiaires potentiels.

Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, l'entreprise ou l'association s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés ou membres. (Présents et nouveaux) dans la limite des cas de dispense d'affiliation prévue par la loi.

Pour chaque nouvelle adhésion, le cachet de l'entreprise ou de l'association doit figurer sur le bulletin d'adhésion du salarié (e).

2.3 Modalités d'adhésion

L'engagement réciproque du membre participant de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du présent règlement. La Mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet des garanties souscrites,
- les bénéficiaires des garanties souscrites,
- les conditions d'entrée en vigueur des garanties,
- les montants ou taux et assiettes de cotisations, (document annexé)
- les garanties choisies.

Le détail des prestations fournies au titre des garanties souscrites est annexé au bulletin d'adhésion et figure à la fin du présent document. Les personnes redevables d'une dette envers La Mutuelle Catalane au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

La signature d'un bulletin d'adhésion seul ne vaut pas validation du contrat. Il doit être accompagné obligatoirement des documents suivants :

- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité,
- Copie de l'attestation de droits de la caisse d'assurance maladie pour chacun des bénéficiaires figurant sur le contrat/bulletin d'adhésion,
- En cas de paiement des cotisations par prélèvements, la signature du mandat SEPA et la remise du relevé d'identité bancaire correspondant,
- La signature du document relatif au devoir de conseil au regard de l'ordonnance N°2018-361 du 16 Mai 2018 (Ordonnance relative à la distribution d'assurances - JORF n°0112 du 17 mai 2018),
- Tout autre document justificatif lié à la nature du contrat et stipulé expressément sur le bulletin d'adhésion.

2.4. Engagement du membre participant

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son contrat individuel. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux statuts et règlement.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications concernant :

- son état civil,
- son adresse,
- sa situation matrimoniale,
- sa situation familiale,
- sa situation socioprofessionnelle,
- son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires,
- ses coordonnées bancaires,
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour la Mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par le membre participant seront prises en compte par la Mutuelle.

ARTICLE 3 : DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION

Une demande d'adhésion à titre individuel ou d'affiliation au contrat collectif doit être complétée et signée par le participant. Aucune formalité médicale n'est exigée préalablement à l'adhésion.

3.1 Adhésion individuelle

3.1.1 Age à l'adhésion :

Il n'y a pas de limite d'âge à l'adhésion.

3.1.2 Garantie viagère :

Sous réserve du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration, la garantie est définitivement acquise au participant dès la date à laquelle son affiliation prend effet. Le participant ne peut être exclu de la garantie en raison de son état de santé.

3.1.3 Date d'effet de l'adhésion et reconduction :

La date d'effet de l'adhésion est fixée :

- si le futur adhérent n'a pas de couverture complémentaire santé, la prise d'effet sera le 1er jour du mois suivant la remise du dossier d'adhésion (complet),
- si le futur adhérent est couvert par un organisme de complémentaire santé, alors la prise d'effet sera le lendemain de sa date de fin de couverture du précédent organisme.

Selon les conditions précisées ci-dessus, la date prise en compte pour l'adhésion est la date du jour de prise d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion. Cette date ne doit pas être antérieure à la date de réception par la mutuelle de la demande d'adhésion.

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf démission exprimée au moins deux mois avant cette date par le participant, par tous moyens écrits sur un support dit « durable » (lettre par envoi postal, courriel, lettre remise en main propre en agence).

L'adhésion est souscrite pour une durée minimale d'une année, renouvelable par tacite reconduction.

Les adhésions réalisées par des tierces personnes, sans la présence du titulaire du contrat seront valables :

1. si la tierce personne est en possession d'une procuration pour réaliser cette démarche (document à compléter + CNI)
2. Si la tierce personne agit dans le cadre d'une décision de justice : sauvegarde de justice, tutelle, curatelle (document complet à remettre à l'adhésion)

Toute adhésion réalisée par une tierce personne, qui ne respecterait pas les conditions précitées ci-dessus, sera réputée caduque et non valable. Si la signature n'est pas celle de l'adhérent, l'adhésion est également non valable.

Les frais engagés dans le cadre des garanties souscrites sont couverts à compter de la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion. Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion sous condition d'encaissement du premier règlement.

Toute personne qui résilie son contrat auprès de notre organisme (sans effectuer un changement de garantie) se voit imposer un délai de carence de 6 mois (entre la date de fin du contrat et son éventuel ré-adhésion).

Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible, pour tout assuré qui bénéficie du dispositif Complémentaire santé solidaire (CSS), s'il n'est pas éligible au sein de la mutuelle, d'un contrat obligatoire entreprise, Changement de situation familiale, déménagement hors département, départ à l'étranger.

La demande de résiliation doit être exprimée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée du justificatif du motif de radiation.

La radiation prendra effet le 1er du mois suivant la réception du justificatif.

Résiliation infra annuelle :

La résiliation infra-annuelle des contrats de mutuelle santé a été instaurée par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019.

Il est désormais possible de résilier son contrat de complémentaire santé, après un an d'engagement, et ce sans frais ni justification.

La résiliation prendra effet 1 mois et 1 jour à compter du lendemain de la date figurant sur le courrier, date de dépôt en agence, mail....

Attention, un changement de garantie emporte acceptation d'un nouveau bulletin d'adhésion donc d'un nouveau contrat ; ce changement fait courir pour une année supplémentaire le délai de résiliation.

La résiliation par le participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Le membre participant peut demander à tout moment la radiation d'un de ses ayants-droits si ces derniers se trouvent dans le cadre des cas expressément précisés par le code de la mutualité (cas de radiation en cours d'année).

La radiation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande ainsi que du justificatif (CSS-Changement de situation-Mutuelle entreprise...).

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle les cartes d'adhérent en sa possession. Il s'engage également à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie du tiers-payant de la cessation des droits de son ayant-droit.

Attention, un changement de garantie emporte acceptation d'un nouveau bulletin d'adhésion donc d'un nouveau contrat ; ce changement fait courir pour une année supplémentaire le délai de résiliation.

Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie option accordée au membre participant et le cas échéant à ses ayants droits par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant ou l'ayant droit 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.

Résiliation des ayants-droits :

la résiliation intervient le dernier jour du mois de la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées sur la période postérieure à la résiliation sont remboursées au participant.

Les cas autorisés pour la résiliation des bénéficiaires sont les suivants :

- Séparation, divorce,
- Contrat obligatoire entreprise,
- Contrat groupe Madelin,
- Contrat groupe labellisé,
- Enfant n'étant plus pris en charge par des parents,
- Enfant de plus de 21 ans,
- Enfant de plus de 26 ans,
- Départ à l'étranger,
- Bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire qui souhaite être géré par une caisse de sécurité sociale.

3.1.4 Délais d'attente :

Il n'y a pas de délai d'attente pour l'ensemble des prestations.

3.1.5 Changement de contrat :

La demande de changement de contrat est possible, sous certaines réserves :

Pendant la première période de 24 mois, suivant la date d'effet de l'adhésion, l'adhérent ne peut ni changer de niveau de garantie, ni demander une augmentation de ses garanties sauf dans le cas d'un changement de situation matrimoniale ou familiale, ou de domicile entraînant une modification tarifaire du contrat fixée par la Mutuelle Catalane.

Cette modification peut avoir lieu dans le cadre d'une hausse ou d'une baisse en gamme, sur demande expresse et écrite de l'adhérent et sur validation au cas par cas de la Direction de la Mutuelle.

La prise d'effet à lieu le 1er jour du premier trimestre du mois suivant la demande : 01/01, 01/04, 01/07, 01/10.

Cette règle ne s'applique pas lors d'un changement de garantie d'un contrat non responsable vers un contrat responsable, en effet le délai de 6 mois est observé entre la date de dépôt complète de la demande et la prise d'effet de la garantie. La prise d'effet s'effectuera le 1er jour du mois du 7ème mois (si dépôt 12/02/N alors la prise d'effet le 01/09/N)

Pas de possibilité d'effectuer « l'effet yoyo » : MCS2 → MCS4 → MCS2 (anti-mutualiste et anti-solidarité)

A l'issue d'une période de vingt-quatre mois, l'adhérent peut modifier son contrat en respectant les modalités ci-dessous :

- Prise d'effet au premier jour du trimestre suivant (1er janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre) ; sauf pour le passage d'un contrat non responsable vers un contrat responsable (cf. ci-dessus)
- Modifier son niveau de garantie sur les niveaux supérieurs
- Modifier son niveau de garantie sur les niveaux inférieur, limité à N-2. Si l'adhérent est dans la garantie Initiale niveau 1 alors il pourra souscrire à tous les niveaux supérieurs. Si l'adhérent est dans le niveau 6 alors il pourra redescendre au niveau 4 maximum.
- En cas de modification du niveau de garantie à la hausse, l'adhérent devra rester dans ce même niveau au moins 2 ans sauf dans le cas d'un changement de situation matrimoniale ou familiale, ou de domicile entraînant une modification tarifaire du contrat fixée par la Mutuelle Catalane.

Le changement de contrat n'est possible qu'à l'intérieur d'une même gamme.

Afin de valider ce changement, il convient de compléter un bulletin d'adhésion, ainsi que la fiche de devoir de conseil.

Contrôle interne :

Afin de garantir le respect des dispositions du règlement mutualiste et pour répondre aux diverses obligations de contrôles qui sont imposées à notre organisme, les dossiers d'adhésions sont soumis au contrôle interne. Un « délai d'attente » de 15 jours peut-être observé avant la prise d'effet de l'adhésion.

3.1.6. Validité d'une adhésion

Une adhésion est considérée comme complète et valide lorsque le bulletin d'adhésion, le document de devoir de conseil sont dûment complétés et signés ainsi que l'ensemble des pièces justificatives sont remises.

Aucune prestation ne peut être versée tant que l'adhésion n'est pas considérée comme complète et le premier mois de cotisation encaissé.

3.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires

Le contrat prend effet le premier jour du mois suivant la date d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

3.3 Dispositions propres aux contrats collectifs obligatoires

Le contrat se renouvelle chaque année à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception. (Article L 221-10 du code de la Mutualité)

Les garanties prennent effet sans délai d'attente :

- A la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés présents à l'effectif,
- A la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat avec date d'effet :
Le 1er jour du mois de l'embauche si le bulletin d'adhésion a été retourné à la Mutuelle le mois de l'embauche,
Le 1er jour du mois suivant la remise du bulletin d'adhésion.

3.4 Dispositions propres aux contrats collectifs facultatifs

Le contrat collectif facultatif et les affiliations individuelles prises dans le cadre de ce contrat collectif facultatif sont souscrits pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvellent, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'adhérent pour le contrat et le participant pour l'affiliation individuelle exprimée au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible, pour tout assuré qui bénéficie du dispositif CMU pour sa partie complémentaire, de l'ACS (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé), d'un contrat obligatoire entreprise.

La demande de résiliation doit être exprimée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagné du justificatif du motif de radiation. La radiation prendra effet le 1er du mois suivant la réception du justificatif.

La résiliation par un participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

ARTICLE 4 : CESSATION DES GARANTIES DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF

Pour tout participant et les éventuels bénéficiaires, la garantie prise en application d'un contrat collectif souscrit par une entreprise cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'entreprise adhérente. A condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture ait été acquittée, la garantie est maintenue dans le cadre de la portabilité et sous réserve du respect de suivi de la procédure de déclaration en portabilité de la Mutuelle Catalane et de l'ensemble des dispositions légales édictées dans la loi N° 2013-504 du 14/06/2013 relative à la sécurisation de l'emploi, article 1er.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du contrat collectif.

En cas de cessation des garanties collectives, le participant et ses bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention dont les conditions en vigueur peuvent être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux bénéficiaires ayants droits du participant décédé. Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation du présent contrat.

ARTICLE 5 : COTISATIONS

Les modifications de cotisations décidées par la mutuelle sont applicables dès leurs notifications, aux adhérents pour les contrats collectifs, et aux participants pour les adhésions individuelles.

Tout changement d'affiliation dans le régime obligatoire concernant un bénéficiaire de la garantie doit être signalé au plus tôt. Ce changement entraînera, le cas échéant, une modification de la cotisation tenant compte des remboursements du nouveau régime de base d'affiliation, et ce au premier jour du mois suivant la date de cette modification. La cotisation tiendra compte, sauf changement de formule simultanément, de l'âge de souscription initial, pour les adhésions individuelles.

5.1 Montant des cotisations

5.1.1 Adhésions individuelles

La cotisation pour chaque bénéficiaire est fixée en fonction de la formule choisie, du régime de base d'assujettissement, et de l'âge au moment de l'adhésion de chaque bénéficiaire (cet âge étant déterminé par différence de millésimes entre la date d'adhésion et la date de naissance), à l'exception des enfants à charge.

Les enfants à charge du participant, de son conjoint ou de son concubin, sont garantis :

- Jusqu'au 31 décembre de l'exercice suivant l'exercice au titre duquel il a cessé d'être rattaché au foyer fiscal du participant. Au delà de ces limites, la garantie de l'enfant du participant pourra être maintenue sous réserve d'une adhésion en tant que membre participant.
- Au plus tard, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant du participant a atteint son 26ème anniversaire.

La cotisation du 3ème enfant à charge et des suivants est gratuite.

5.1.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires

La cotisation est déterminée selon l'effectif dans la catégorie définie au contrat. Elle est également déterminée en fonction de l'accord de branche auquel l'entreprise ou association est rattachée. Elle peut être exprimée dans le cadre :

- D'une cotisation "famille"
- D'une cotisation par bénéficiaire (Adulte selon l'âge / Enfant)

On entend par bénéficiaire le membre participant et ses ayants droits.

La cotisation est revue chaque année en fonction du ratio prestations/cotisations ou des obligations légales imposées par la législation.

5.1.3 Dispositions propres aux contrats collectifs facultatifs

En cas de contrat collectif facultatif, les dispositions de l'article 5.1.2 s'appliquent.

5.2 Paiement des cotisations

5.2.1 Adhésions individuelles :

Les cotisations peuvent être versées, suivant le choix, mensuellement (le 12 de chaque mois), trimestriellement (le 1er mois du trimestre), semestriellement (le 1er mois du semestre) , par an (le 1er mois de l'année), terme d'avance, soit par règlement bancaire ou postal, soit en espèces, soit par carte bancaire.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie, intervient en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation et produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus 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 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 poursuite et de recouvrement.

5.2.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires :

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriuellement, semestriuellement, annuellement et d'avance par l'adhérent. Elles doivent être versées à la mutuelle le 12 de chaque mois pour un paiement mensuel, le premier mois de chaque trimestre civil pour un paiement trimestriel ; le premier mois de chaque semestre civil pour un paiement semestriel, le premier mois de l'année pour un paiement annuel.

L'adhérent est responsable du paiement des cotisations dont il assure le recouvrement.

En cas d'arrêt de travail du participant, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation. Elle doit être intégralement versée tant que l'intéressé fait partie des personnes affiliées.

5.2.3 Dispositions propres aux contrats collectifs obligatoires ou facultatifs avec précompte de la cotisation par l'adhérent :

Lorsque l'adhérent assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'adhérent est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'adhérent pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionnés au deuxième alinéa du présent paragraphe. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les dispositions du présent article 5.2.3 ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L 912-1 du code de la Sécurité sociale.

5.2.4 Dispositions propres aux contrats collectifs facultatifs sans précompte de la cotisation par l'adhérent :

Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'adhérent n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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 son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au paragraphe 5.2.3 est applicable à l'adhérent qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du paragraphe 5.2.3 et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

5.2.5 Frais d'impayés, de rejets, et de retard de paiement de cotisations

En cas de rejet d'un prélèvement automatique ou de chèque impayé, les frais provoqués par ce rejet sont à la charge du membre participant (20 € par opération refusée).

Pour les cotisations dont le mode de paiement est « le chèque », toute cotisation acquittée hors délai prévu par l'article 5-2-1 (10 jours après le début de l'échéance), se verra également appliquer des frais de retard de paiement de 20 € par retard.

5.2.6 Délivrance de la carte adhérent

En cas de paiement de la cotisation par chèque, virement ou espèce, le premier mois de cotisation doit être acquitté au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

La carte « adhérent » est alors délivrée lorsque le premier mois de cotisation a été encaissé.

5.3 Évolution et révision des cotisations

5.3.1 Adhésions individuelles :

5.3.1.1 Évolution de la cotisation

La cotisation due lors de l'adhésion est modifiée de plein droit, au 1er janvier de l'exercice suivant, en fonction des taux de progression fixés par le Conseil d'Administration.

5.3.1.2 Minoration des cotisations :

Il n'y a pas de minoration de cotisation.

5.3.1.3 Révision de la cotisation

Les cotisations sont fixées par la mutuelle au 1er janvier, et/ou à tout moment de l'exercice civil, en fonction de l'évolution générale des dépenses de santé prévue pour l'exercice en cours par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie, de l'équilibre général des contrats comportant des garanties de même nature et de l'équilibre global de la mutuelle. Les cotisations sont revues à tout moment en cas de modification de la législation de Sécurité Sociale, et/ou fiscale affectant le présent règlement, ou en cas de déséquilibre général imprévu de la mutuelle.

5.3.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires :

Les cotisations de chaque catégorie de personnes sont indexées systématiquement au 1er janvier et/ou à tout moment de l'exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- De l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- De l'équilibre global des contrats comportant des garanties de même nature, et de l'équilibre global du portefeuille de la Mutuelle.

Les garanties et la tarification du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Les cotisations sont donc revues à tout moment, en cas de modification de la législation de Sécurité Sociale, et/ou fiscale affectant le présent contrat, ou en cas de déséquilibre de la mutuelle. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

Dans un tel cas de figure, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat ou de l'avenant qui formalise cette révision, les garanties restent acquises sur la base du contrat en cours.

Outre l'indexation prévue chaque année, le taux peut être modifié (augmenté ou diminué) si le rapport des prestations sur cotisations subit une variation (positive ou négative)

Lorsque plusieurs catégories de personnels figurent au sein d'une même entreprise ou association, la Mutuelle Catalane, peut différencier le montant de la cotisation en fonction des dépenses constatées.

ARTICLE 6 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent règlement ou aux présentes conditions générales du contrat collectif mutualiste sont prescrites dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

ARTICLE 7 : FRAIS GARANTIS

7.1 Dispositions applicables à l'ensemble des frais garantis

Le niveau des prestations garanties par la mutuelle est indiqué dans une des formules individuelles annexées au présent règlement. Les modifications de garanties décidées par la Mutuelle sont applicables dès leurs notifications, aux adhérents pour les contrats collectifs, et aux participants pour les adhésions individuelles.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement du régime de base de sécurité sociale au titre de la législation maladie ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au contrat en fonction de l'option retenue. Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du participant, après intervention du régime de base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Toute évolution des règles de remboursement du régime obligatoire pourra entraîner des modifications des prestations de la Mutuelle.

ARTICLE 8 : LIMITES DE GARANTIES - EXCLUSIONS

Des exclusions sont prévues dont voici la liste :

Ne sont pas couverts :

- Les frais non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale :
- La participation d'1€ (au 01/01/06) sur les actes médicaux, consultations et actes de biologie,
- La majoration de participation de 40 % (au 01/02/2009) en cas de non respect du parcours de soins,
- La franchise de 0,50 € (au 01/01/2008) sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux,
- La participation de 2 € (au 01/01/2008) sur les transports sanitaires.
- Les soins antérieurs à la date d'effet des garanties et sous réserve d'application du délai d'attente éventuel.
- Les soins postérieurs à la date de cessation des garanties du fait d'une résiliation ou d'un non-paiement des cotisations. Au titre des frais engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci, la date prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale.
- Les frais indemnisés par la Sécurité Sociale au titre de la législation :
 - Sur les accidents du travail et maladies professionnelles,
 - Maternité (sauf prestations particulières prévues au titre de l'option choisie),
 - Sur les pensions militaires.

- Les frais relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus par le régime de base. Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la N.G.A.P., le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature. On entend par cotation, la lettre clé désignant l'acte pratiqué et le coefficient indiquant la valeur relative de l'acte professionnel. La mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de la mutuelle.
- Les frais déclarés après un délai d'un an suivant la date des soins pratiqués.
- Les frais engagés hors de France ne sont pris en charge qu'en complément de la Sécurité Sociale et la limite définie par l'option retenue.
- Les accidents et maladies qui sont la conséquence de guerres civiles ou étrangères, de la désintégration directe ou indirecte du noyau atomique.
- Les soins consécutifs à des accidents ou soins qui sont le fait volontaire du bénéficiaire.
- Au titre de la parodontologie, si celle-ci est souscrite, les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Des encadrements de prestations et exclusions spécifiques sont existants :

- **Plafond dentaire par bénéficiaire, suivant la garantie.**

Le plafond dentaire s'applique sur les remboursements dentaires, hors remboursement sécurité sociale et hors ticket modérateur. (Uniquement les dépassements). Ce plafond s'entend hors dispositif 100% santé et hors soins.

- **Les estimations sur devis dentaire sont valables uniquement pour l'année civile en cours.**

Les factures pour être valables et prétendre à remboursement doivent comporter les éléments suivants : nom et prénom du bénéficiaire, numéro de facture, date de facture, date de soin, précision du soin, montant du soin, numéro ADELI/agrément du praticien, datée et signée par le professionnel de santé,

- **Concernant le remboursement des actes liés à la médecine douce :**

- *Seules les consultations, soins sont remboursables.*

- *Le remboursement des médecines douces est plafonné. En outre, seules les médecines douces dispensées par des Praticiens agréés dans la discipline exercée sont remboursables.*

- *Le paiement des soins de « médecines traditionnelles chinoises » est accepté.*

- *Ne sont pas pris en charge : les médicaments homéopathiques, les compléments alimentaires ...*

- **Les soins effectués à l'Étranger ayant une base de remboursement fixée par la Sécurité Sociale** ne sont pris qu'en complément de la SS. Ceux sans base de remboursement fixée par la Sécurité Sociale ne sont pas remboursables quel que soit le type de contrat.

- **Pour la prise en charge de l'optique**, la date de délivrance de l'équipement (justifiable par la présentation du bon de livraison et de la facture) si l'adhérent s'est acquitté de la facture. Pour être remboursé, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations. Les équipements solaires (sauf cas dérogatoires), cassés ou perdus ne sont pas pris en charge.

- **Les dépassements d'honoraires sont encadrés** : plafond annuel (suivant la garantie)

- **Les chambres particulières en soins intensifs, surveillance continue** (ainsi que tout ce qui est considéré comme chambre thérapeutique) n'est pas pris en charge par la mutuelle en application de l'Article 1er R162-32-2 du code de la sécurité sociale qui précise que « dès lors que l'isolement relève d'une prescription médicale, d'une obligation réglementaire liée aux conditions techniques de fonctionnement ou d'une nécessité médicale, la facturation d'une chambre particulière est interdite. »

- **Chambres particulières : les chambres doubles ne peuvent être considérées comme des chambres particulières** et ne sont donc pas prises en charge. Également, les chambres particulières non demandées par l'adhérent ne sont pas remboursables.

- **Forfaits administratifs et forfaits annexes** : la mutuelle ne prend pas en charge les forfaits administratifs, forfaits comportant des frais de dossiers, forfait dits de confort (télévision, téléphone, internet...)

ARTICLE 9 : PRÉSENTATION DES DOSSIERS

Les demandes de remboursement sont adressées par le participant à la mutuelle. Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- Les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité Sociale,

Et dans tous les cas :

- Les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- En cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant,
- En cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département.
- En cas de prise en charge du vaccin anti-grippe, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien.
- En cas de prise en charge de frais au titre de la garantie densitométrie osseuse, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien.
- En cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie de la myopie, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée.
- En cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin en particulier de procéder au recouvrement des sommes réglées par la mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestation de témoins, coupure de journaux. . .)

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité Sociale ou sur les factures détaillées des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum d'1 an suivant la date des soins pratiqués.

Ce délai est différent pour les professionnels de santé : 2 ans (Article L221-11 du code de la mutualité) entre la date de présentation de la facture et la date des soins pratiqués.

Les prestations non utilisées durant l'année civile ne font l'objet d'aucun report.

Prestations indûment perçues : de manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès de l'adhérent ou du professionnel de santé. Le membre participant ou le professionnel de santé est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception dudit courrier.

Utilisation des forfaits lors d'un changement de garantie :

Lors d'un changement de garantie, il est considéré que les forfaits ne peuvent se cumuler entre les deux garanties.

Ainsi, lors du changement, si le forfait de la deuxième garantie est plus élevé, ce dernier sera alors pris en considération et l'historique des « prestations utilisées » dans la garantie précédente sera intégré sur la période de l'année civile en cours.

Exemple : Forfait Journalier Repos Convalescence (FJRC) : si forfait limité à 60 jours sur la deuxième garantie et 40 jours utilisés lors de la première : solde 20 jours,

L'ensemble des forfaits sera remis à zéro dès le début de la nouvelle année civile.

Il est rappelé que les dates prises en considération pour le paiement des prestations sont les dates de soins et non les dates de facturation.

Les prestations sont exigibles à condition que les dates de soins et les dates de facturation soient comprises sur la période de droits du bénéficiaire.

Fonds social / Fonds de secours :

Un fonds social ou fonds de secours peut être sollicité par l'adhérent (uniquement pour des soins liés aux garanties proposées par la Mutuelle Catalane).

Cette demande doit se faire par écrit avec les éléments suivants :

- Remplir le formulaire de demande de fonds de secours expliquant le soin sur lequel l'aide est demandée,
- Facture concernant les soins pour lesquels l'adhérent demande une aide,
- Justificatif de revenus (avis d'imposition)

Pour être éligible à cette aide, l'adhérent doit :

- Avoir une ancienneté d'1 an minimum,
- Être adhérent à la date des soins,
- Être à jour de ses cotisations.

Le dossier sera ensuite étudié sous réserve que l'ensemble des éléments demandés ci-dessus, aient été transmis.

Les dossiers sont étudiés soit tous les quinze jours, soit une fois par mois par un comité composé de la Présidente, d'un administrateur/trice et d'un membre du Personnel qui fixeront un montant du fonds de secours s'il est accordé.

ARTICLE 10 : PAIEMENT DES PRESTATIONS

10.1 Paiement au participant

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du participant (à cet effet, un relevé d'identité bancaire ou postal devra être remis avec chaque bulletin d'adhésion).

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la mutuelle, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 20 jours.

Pour prétendre à remboursement, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations.

La facture doit être acquittée et l'adhérent doit avoir des droits actifs à la date de soin ainsi qu'à la date de facturation.

10.2 Tiers payant

Chaque participant complète un bulletin d'adhésion. Il lui est remis « une carte d'adhérent » qui lui permet de bénéficier du tiers-payant. Le tiers-payant généralisé peut-être pratiqué avec l'ensemble des professionnels de santé.

Le participant dans tous les cas, et l'adhérent dans le cadre de la souscription d'un contrat collectif s'engagent, si la "carte d'adhérent" est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de 15 jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part du participant ou de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

Il(s) restituera (ont) les sommes payées par la mutuelle relative à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il(s) n'aura (ont) pas respecté son obligation précitée.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et en fonction de son niveau de garanties. Le membre participant ou ses ayants droits s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts. Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. En cas de non-remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

10.3 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la mutuelle délivre un "accord de prise en charge" garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis à l'option retenue) normalement laissés à la charge du participant dans la limite des garanties.

Cette prise en charge peut être réactualisée si des informations ne figurant pas sur la demande de prise en charge nous parviennent concernant :

- L'état de santé de la personne (Affection longue durée antérieure ou en cours liée à la pathologie soignée),
- Les causes de l'hospitalisation et de soins : Accident de travail, Maladie professionnelle, accident de la vie domestique, accident avec un tiers-responsable,
- L'interaction d'une ALD sur la pathologie qui a justifié les soins ou l'hospitalisation.

La délivrance de prise en charge est effectuée :

- Sous réserve que les soins, examens et actes médicaux corroborent les informations médicales portées sur la prise en charge.
- Sous réserve que la découverte en cours de soins dans l'établissement d'une pathologie ne relève pas d'une affection longue durée, d'un accident de travail, d'un accident de la vie domestique, d'un accident avec tiers responsable, d'une maladie professionnelle....
- Si l'hospitalisation est consécutive à un accident, la mutuelle délivre une prise en charge dans les conditions habituelles ; en cette circonstance, l'adhérent ou le participant est tenu de fournir à la mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

10.4 Prise en charge ou devis dentaires

Les accords de prise en charge ou estimations de remboursement dentaires sont valables 3 mois. Le Chirurgien-Dentiste pour rendre son devis conforme, a l'obligation d'y apposer sa signature et tout devis présenté sans signature du Praticien, ne pourra être traité.

L'accord de prise en charge dentaire n'exonère pas le professionnel de santé d'établir une facture et pour pouvoir prétendre au remboursement de la prestation, le Praticien doit obligatoirement nous transmettre une facture acquittée et détaillée (Nom, Prénom, dates, localisation de dents codes actes...). Sous réserve que le bénéficiaire soit à jours de ses cotisations, adhérent à la date de la demande de prise en charge, de la livraison et de la facturation.

La Mutuelle Catalane ne prendra pas en charge les prothèses dentaires cassées, perdues, volées ou défectueuses qui ne sont pas de notre responsabilité.

Des documents supplémentaires peuvent être demandés afin de rembourser les prestations dentaires si la situation l'exige.

10.5 Contrôle interne

Dans le cadre du contrôle interne, la Mutuelle Catalane se réserve le droit de demander des pièces complémentaires aux dossiers avant validation des remboursements ou d'exercer un recours afin de faire rectifier la facturation.

Durant la période de vérification des données, le paiement de la facture est suspendu par la Mutuelle.

Nous nous réservons le droit de refuser la facture si celle-ci n'est pas conforme à la présente prise en charge et/ou non conforme au cadre légal.

Le délai de règlement des factures est variable selon les modalités indiquées sur notre Règlement Mutualiste, notamment si ces dernières font l'objet d'un contrôle.

ARTICLE 11 : INFORMATION DES PARTICIPANTS

11.1 Information des participants adhérents à titre individuel

Pour les opérations individuelles la mutuelle doit avoir remis au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

11.2 Information des adhérents et des participants dans le cadre de contrats collectifs

Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle.

Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice.

ARTICLE 12 : SUBROGATION

En cas de paiement des prestations par la mutuelle à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la mutuelle est subrogée au participant qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la Mutuelle tout accident dont il est victime.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne subrogation de plein droit de celle-ci dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses de Sécurité Sociale et des caisses de Sécurité Sociale des régimes spéciaux obligatoires pour la part des prestations avancée par la Mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

Les accidents

Il est précisé que dans tous les cas d'accidents, les membres bénéficiaires devront faire à la Mutuelle une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance les garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.

- Accidents du travail :

Sont exclues des garanties / options, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.

L'intervention de la Mutuelle est ici limitée à la couverture des actes hors nomenclatures et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie / option souscrite par le membre bénéficiaire.

- Accident de droit commun :

En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre dans la mesure où cette dernière ne couvre pas les frais chirurgicaux, médicaux ou d'hospitalisation, dans la limite des garanties / options souscrites par le membre bénéficiaire. Une attestation de non prise en charge de la part de votre assurance peut vous être demandée.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la Mutuelle qu'il a engagé, à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur substitué, une action judiciaire, civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le Greffier ou un avocat.

La Mutuelle accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée dans les droits du membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

ARTICLE 13 : RECOURS, RÉCLAMATION, MÉDIATION

Toutes contestations ou réclamations relatives au versement des prestations ou à l'application des dispositions du présent règlement mutualiste doivent être adressées par écrit à La Mutuelle Catalane :

- Soit par courrier à La Mutuelle Catalane - Service Réclamations, 20 Avenue de Grande Bretagne 66000 Perpignan Cedex
- Soit directement via le formulaire de contact accessible dans votre espace adhérents ou sur le site internet de la Mutuelle : <https://www.mutuelle-catalane.com>

Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un membre participant, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction, fondé(s) ou non.

Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception. Une réponse définitive sera apportée au membre participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails, fax) ou les réclamations rédigées par le membre participant sur le formulaire spécifique mis à sa disposition.

Le formulaire spécifique est disponible sur le site internet ou disponible en agence. Les réclamations doivent porter sur des situations individuelles. En cas de désaccord avec la Mutuelle, le membre participant et ses ayants droit peuvent avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible gratuitement dans le cadre de situations litigieuses non résolues et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la Mutuelle. Elle doit être introduite dans le délai d'un an suivant l'épuisement des voies de recours internes de la mutuelle. A cet effet, le membre participant ou son ayant droit peuvent prendre contact avec le Médiateur par courrier ou par mail aux adresses suivantes :

- Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF, 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr>

ARTICLE 14: LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par LA MUTUELLE CATALANE et uniquement utilisées pour la gestion des dossiers adhérents, l'assistance et la protection juridique santé de ses adhérents ainsi que le recouvrement des cotisations. Elles sont conservées pendant 3 ans après la résiliation du contrat et sont destinées à LA MUTUELLE CATALANE, à COGEMUT dans le cadre de "Ma Mutuelle Assistance" ainsi qu'au Cabinet BRR pour le recouvrement des cotisations.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le Correspondant Informatique & Libertés de LA MUTUELLE CATALANE par courrier à l'adresse du siège de la Mutuelle ou par courrier électronique : contact@faircom.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

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

Par ailleurs, le membre participant est avisé que, sauf opposition de sa part, les données collectées dans le cadre de son adhésion au présent règlement pourront être utilisées par La Mutuelle Catalane pour le faire profiter d'autres produits et services, y compris dans le cadre de partenariats.

ARTICLE 15: AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située: 4 place de Budapest - CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 9.

Besoin d'information sur le suivi de votre contrat ? 04 68 34 45 66

Notre agence est ouverte tous les jours
du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 18h00

20 Avenue de Grande Bretagne, 66000 Perpignan
contact@mutuelle-catalane.com

Suivez vos remboursements avec
l'application mobile Mutuelle Catalane



- Retrouvez tous vos contrats et ceux de vos ayants droit
- Consultez en temps réel vos remboursements de prestations
- Notifiez un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire

- Accédez à vos documents contractuels
- Vérifiez les couvertures Régime Obligatoire connues par la mutuelle
- Recherchez des professionnels de santé en quelques secondes





La Mutuelle Catalane
Une mutuelle plus humaine

La Mutuelle Catalane, régie par le Livre II du Code de la Mutualité.

N° Siren : 302 476 536 | N° Préfectoral d'agrément : 66004573

Siège social : 20 Avenue de Grande Bretagne, 66000 Perpignan Cedex

