

REGLEMENT MUTUALISTE

Contrats labellisés Agents Territoriaux
Contrats PSC – Agents publics



La Mutuelle Catalane
Une mutuelle plus humaine

Ce règlement concerne les contrats dits solidaires et responsables individuels proposés aux agents publics d'Etat et aux agents territoriaux.

Approuvé à l'unanimité lors du Conseil d'Administration du 29/02/2024.

Table des matières

Préambule	3
Titre I – Conditions d’adhésion à la mutuelle	3
1. Conditions d’adhésion.....	3
2. Modalités d’adhésion	4
2.1. Membre participant	4
2.2. Ayants-droits	4
2.2. Adhésion pour compte de tiers.....	4
2.3. Droit de renonciation	5
3. Engagement du membre participant	6
4. Engagement de la mutuelle	6
5. Date d'effet, durée et reconduction.....	6
5.1. Age à l'adhésion.....	6
5.2 Garantie viagère	6
5.3 Date d'effet de l'adhésion et reconduction.....	7
5.4 Contrôle et validité d’une adhésion	7
5.5 Changement de contrat	7
Titre II – Prestations	8
6. Frais garantis	8
6.1 Dispositions applicables à l'ensemble des frais garantis	8
6.2 Des garanties responsables et solidaires.....	9
7. Limites de garanties – exclusions.....	11
7.1 Exclusions prévues.....	11
7.2 Encadrements de prestations et exclusions spécifiques	12
7.3 En cas d’accidents.....	14
8. Demandes de remboursements	15
8.1 Délais d'attente	15
8.2 Condition de prise en charge.....	15
8.3 Prescription de prise en charge	15
8.4 Présentation des dossiers	15
8.5 Report de prestation	16
8.6 Utilisation des forfaits lors d’un changement de garantie	16
9. Paiement des prestations.....	16
9.1 Généralités.....	16
9.2 Contrôle des prestations.....	16
9.3 Prestations indûment perçues	17

9.4 Tiers-payant	17
9.5 Prise en charge hospitalière	17
9.6 Prise en charge ou devis dentaires.....	18
10. Subrogation et recours contre les tiers responsables	18
11. Fonds social / Fonds de secours	18
Titre IV – Cotisations	19
12. Montant des cotisations	19
12.1 Majoration tarifaire pour adhésion tardive.....	20
12.2 Dates à partir desquelles les majorations s’appliquent	20
12.3 Respect de la Solidarité Intergénérationnelle	21
13. Modalités de paiement des cotisations	21
14. Frais d’impayé et de retard de paiement de cotisations	21
15. Délivrance de la carte d’adhérent	21
16. Évolution et révision des cotisations	21
16.1 Evolution	21
16.2 Minoration	22
16.3 Révision.....	22
Titre V – Fin de l’adhésion	22
17. Résiliation à l’initiative de l’adhérent.....	22
17.1 Résiliation infra annuelle.....	22
17.2 Résiliation exceptionnelle en cours d’année	23
18. Radiation et exclusion à l’initiative de la mutuelle.....	23
18.1 Radiation pour défaut de paiement des cotisations.....	23
18.2 Nullité pour fausses déclarations	24
18.3 Exclusion pour atteinte aux intérêts de la mutuelle et de ses membres	24
18.4 Exclusion pour incivilité.....	24
19. Conséquences de la fin de l’adhésion	25
Titre VI – Dispositions diverses	25
20. Lutte contre la fraude et aux abus	25
21. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	26
22. Recours, Réclamation, Médiation	26
23. Protection des données personnelles	27
24. Autorité de contrôle.....	29
25. Perte du label.....	29

Préambule

Le présent règlement a pour objet de définir les engagements contractuels liant La Mutuelle Catalane, dénommée ci-après "la mutuelle" et "les membres participants".

Le présent règlement s'applique tout particulièrement et in extenso à cette catégorie de membres, adhérent individuel et ayant-droit d'un contrat de complémentaire santé responsable et solidaire de La Mutuelle Catalane.

Le présent règlement s'applique également aux membres adhérents travailleurs non-salariés et leurs ayants-droits dès lors qu'aucune mention contraire n'est précisée ou renvoie vers un article spécifique.

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

Titre I – Conditions d'adhésion à la mutuelle

1. Conditions d'adhésion

Peuvent être bénéficiaires des garanties du contrat :

- L'assuré social affilié dénommé « membre participant » ;
- 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 à 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. Modalités d'adhésion

2.1. Membre participant

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 par le membre participant des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du présent règlement.

Le dossier d'adhésion comprend le bulletin d'adhésion et 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.

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,
- Fiche de devoir de conseil dûment complétée, datée et signée,
- 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,
- Tout autre document justificatif lié à la nature du contrat et stipulé expressément sur le bulletin d'adhésion,
- Le cas échéant, et sous réserve que la Mutuelle ne soit pas mandatée à cette fin, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

2.2. Ayants-droits

La demande d'affiliation d'un ayant droit est effectuée par le membre participant :

- Soit sur le bulletin d'adhésion du membre participant lorsqu'elle est simultanée à la demande d'adhésion du membre participant,
- Soit sur le formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant. Le membre participant doit alors être à jour du paiement de ses cotisations.

La demande d'affiliation doit dans tous les cas être dûment complétée, datée, signée et accompagnée de l'ensemble des justificatifs demandés par la Mutuelle.

2.2. Adhésion pour compte de tiers

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

- Si la tierce personne est en possession d'une procuration pour réaliser cette démarche (document à compléter + justificatif d'identité) ;
- 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.

2.3. Droit de renonciation

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, ce dernier a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus. Ce délai court :

En matière de vente à distance :

- Soit à compter du jour où l'adhésion du membre participant a pris effet ;
- Soit à compter du jour où le membre participant reçoit les documents contractuels (bulletin d'adhésion, statuts, règlements ou fiche d'informations), si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

En matière de démarchage :

- A compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Pour ce faire, il suffit à l'adhérent d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception ou procéder à un envoi recommandé électronique. Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e) [Nom / Prénom] demeurant [adresse complète] déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé [référence] et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À..... le / /

Signature du membre participant.

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

3. 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 (3) mois, de toutes les modifications concernant :

- Son état civil,
- Son adresse,
- Sa situation matrimoniale et familiale,
- Sa situation socioprofessionnelle, pour les membres travailleurs non-salariés notamment,
- 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.

4. Engagement de la mutuelle

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, le présent règlement ainsi qu'une fiche d'information précontractuelle qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

La mutuelle confirme l'adhésion du membre participant lors de son enregistrement dans ses bases et dans tous les cas avant la première échéance de cotisation. La mutuelle émet un certificat d'adhésion confirmant la date de prise d'effet du contrat et de l'ensemble des droits et obligations du présent règlement sous condition d'encaissement du premier règlement.

5. Date d'effet, durée et reconduction

5.1. Age à l'adhésion

L'adhésion est possible à partir de dix-huit (18) ans.

Une dérogation peut intervenir pour les mineurs âgés de seize (16) ans à dix-huit (18) ans, ayant le statut d'étudiant dans l'enseignement supérieur.

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

Aucune formalité médicale n'est exigée préalablement à l'adhésion.

5.2 Garantie viagère

Sous réserve du paiement des cotisations, et sauf fausse déclaration, abus ou fraude et ou suspicion de ces motifs, 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.

5.3 Date d'effet de l'adhésion et reconduction

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

- 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.

L'adhésion est souscrite pour une durée minimale d'une (1) année, renouvelable par tacite reconduction.

5.4 Contrôle et validité d'une adhésion

Une adhésion est considérée comme complète et valide lorsque le bulletin d'adhésion et 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.

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 à un contrôle préalable avant la prise d'effet de l'adhésion.

5.5 Changement de contrat

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

- Pendant la première période de vingt-quatre (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, ou sur validation au cas par cas de la Direction de la Mutuelle.

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

Il n'y a pas de possibilité d'effectuer « l'effet yoyo » : FP1 --> FP3 ---> FP1 (anti-mutualiste et anti-solidarité).

A l'issue d'une période de vingt-quatre (24) 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) ;
- Modifier son niveau de garantie sur les niveaux supérieurs ;
 - Si l'adhérent est dans la garantie initiale niveau 1, alors il pourra souscrire à tous les niveaux supérieurs.
- Modifier son niveau de garantie sur les niveaux inférieurs, limité à N-2.
 - Si l'adhérent est dans le niveau 6, alors il pourra redescendre au niveau 4 minimum.
- En cas de modification du niveau de garantie à la hausse, l'adhérent devra rester dans ce même niveau au moins vingt-quatre (24) mois 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. Le changement de contrat équivaut à une nouvelle adhésion.

Titre II – Prestations

6. Frais garantis

6.1 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 membres 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 membre 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.

6.2 Des garanties responsables et solidaires

6.2.1 Un contrat solidaire

Le Contrat est solidaire car la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, ne recueille aucune information médicale et ne pratique aucune sélection médicale.

6.2.2 Un contrat responsable

Les garanties souscrites sont conformes au cahier des charges des « contrats responsables » tel que défini aux articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Dans ce cadre, toutes les garanties, quel qu'en soit le niveau souscrit, comprennent la prise en charge :

6.2.2.1 De l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, notamment :

- les consultations et les actes réalisés par les professionnels de santé,
- les médicaments dont la prise en charge par le régime général de la Sécurité sociale est fixée à 65%,
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge,
- les soins dentaires, y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit « 100% santé ») ou non,
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale (verres et monture) à prise en charge renforcée ou non,
- les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par le régime obligatoire de l'assuré,
- les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement,

6.2.2.2 De l'intégralité des frais d'acquisition exposés par l'assuré pour des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé :

- en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier 100% santé) fixés par la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente,
- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier 100% santé) fixés par la LPP,

- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

6.2.2.3 Des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (DPTAM) prévu par la convention nationale médicale (avenant n° 8), dans la double limite :

- de 100 % du tarif de responsabilité,
- du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au DPTAM minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Dans le cas où le médecin n'est pas conventionné par l'assurance maladie, la base de remboursement retenue pour ces dépassements sera le tarif d'autorité.

6.2.2.4 Des dépenses d'acquisition d'équipements d'optique médicale, autre que ceux du panier 100% santé, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant le ticket modérateur et le remboursement du régime obligatoire de l'assuré visé ci-dessus et dans les conditions suivantes :

- a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures incluant le ticket modérateur et le remboursement du régime obligatoire de l'assuré, au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

En cas de sélection par l'assuré d'un verre de classe A (panier 100% santé) et d'une monture de classe B (hors panier 100% santé) ou réciproquement, la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces minima et maxima.

Si l'achat par l'assuré des composantes de son équipement est dissocié, le montant de prise en charge des différents éléments du même équipement se cumule jusqu'à saturation du maximum appliqué.

Il est précisé que cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 24 mois. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Par dérogation, pour les assurés âgés de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur présentation soit d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit d'une prescription initiale comportant des mentions portées par l'opticien), la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 12 mois.

6.2.2.5 Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

a) A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par le régime obligatoire de l'assuré et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 48 mois à compter de la date d'acquisition de l'équipement dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

6.2.2.6 Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, ainsi que de la participation forfaitaire applicable aux actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros, et du forfait patient urgence mentionné à l'article L. 160-13.

Les garanties prévoient également la prise en charge d'au moins deux actes de prévention mentionnés dans le tableau descriptif des garanties.

L'article « Frais exclus de la garantie 'Frais médicaux' » cite les actes, participations forfaitaires et majorations ne pouvant donner lieu à une prise en charge dans le cadre du cahier des charges des « contrats responsables ».

7. Limites de garanties – exclusions

Dans tous les cas, pour toutes les garanties, quel qu'en soit le niveau souscrit.

7.1 Exclusions prévues

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 consécutifs 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.

7.2 Encadrements de prestations et exclusions spécifiques

7.2.1 Dentaire

- 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.

7.2.2 Optique

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.

7.2.3 Dépassements d'honoraires

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

7.2.4 Chambres particulières

La chambre particulière en soins intensifs, surveillance continue (ainsi que tout ce qui est considéré comme chambre thérapeutique) n'est pas prise 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. »

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.

7.2.5 Forfaits

La mutuelle ne prend pas en charge les forfaits administratifs, forfaits comportant des frais de dossiers, forfait dits de confort (télévision, téléphone, internet, TNT et autres bouquets TV, trousseaux bien-être, ticket de parking, petits déjeuners et menus spéciaux, offres de courtoisie...).

7.2.6 Médecine douce

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, etc.

7.2.7 Soins à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger ayant une base de remboursement fixée par la Sécurité Sociale ne sont pris qu'en complément de la sécurité sociale.

Ceux sans base de remboursement fixée par la Sécurité Sociale ne sont pas remboursables quel que soit le type de contrat.

7.2.8 Dispositions propres aux contrats liées à la maternité

En cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), lorsque la mère est participante ou bénéficiaire, la mutuelle verse une allocation exclusive de toute autre prestation. Le montant de cette allocation est égal au forfait en vigueur au jour de l'évènement.

7.3 En cas d'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.

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 (Cf. article relatif à la subrogation).

7.3.1 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.

7.3.2 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.

8. Demandes de remboursements

8.1 Délais d'attente

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

8.2 Condition de prise en charge

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.

8.3 Prescription de prise en charge

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

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

8.4 Présentation des dossiers

Lorsqu'elles ne sont pas transmises directement par le régime de sécurité sociale, les demandes de remboursement sont adressées par le membre 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.

8.5 Report de prestation

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

8.6 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 l'année civile suivante.

9. Paiement des prestations

9.1 Généralités

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du participant. A 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 vingt (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.

9.2 Contrôle des prestations

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. Dans ces conditions, le délai de règlement des factures est variable.

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

9.3 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.

9.4 Tiers-payant

Chaque membre participant se voit remettre « une carte d'adhérent » qui lui permet de bénéficier du tiers-payant. Le tiers-payant peut être pratiqué avec l'ensemble des professionnels de santé sauf dispositions spécifiques prises dans le cadre de la lutte contre la fraude (Cf. article dédié à la lutte contre la fraude).

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.

9.5 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.

9.6 Prise en charge ou devis dentaires

Les accords de prise en charge ou estimations de remboursement dentaires sont valables trois (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 jour 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. Subrogation et recours contre les tiers responsables

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-droits 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-droits 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.

11. 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 ou devis 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'un (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 (15) jours, soit une (1) 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.

Si le comité valide un dossier et octroie une somme sur présentation d'un devis, le paiement du secours accordé ne pourra être réglé à l'adhérent que sur présentation d'une facture acquittée.

Titre IV – Cotisations

Les modifications de cotisations décidées par la mutuelle sont applicables dès leurs notifications aux membres participants.

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 simultané, de l'âge de souscription initial.

12. Montant des cotisations

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 membre 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.

Les agents partant en retraite bénéficieront du maintien de leur cotisation (à garantie égale) que pendant leur activité.

Le montant des cotisations individuelles est uniforme et ne dépend ni du genre ni de la catégorie socioprofessionnelle des membres.

12.1 Majoration tarifaire pour adhésion tardive

Lorsque l'adhésion de l'agent à un organisme labellisé est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret de labellisation, intervient plus de deux ans après la date de publication de ce décret, la cotisation « frais de santé » acquittée par le membre participant pour sa couverture et pour celle de ses ayants droit, est majorée d'un coefficient calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er du décret du 8 novembre 2011.

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence, une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.

La majoration tarifaire ne concerne pas les agents publics bénéficiant de la PSC (Protection Sociale Complémentaire)

12.2 Dates à partir desquelles les majorations s'appliquent

- Agents présents à la date de parution du décret : la majoration tarifaire sera calculée qu'à compter du 31 Août 2013 pour les agents âgés de plus de 30 ans.

Exemple : un agent de 50 ans entré dans la fonction publique avant le 8 Novembre 2011 qui adhère à un contrat labellisé, pour la 1ère fois, le 1^{er} Janvier 2015 aura une majoration de 6%.

- Agents entrés dans la fonction publique après la date de parution du décret : la majoration de tarif de 2% pour toute année non cotisée à un organisme de référence ne

sera appliquée qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée en fonction pour les agents de plus de trente ans.

Exemple : un agent entré dans la fonction publique le 1er janvier 2012 qui adhère à un contrat labellisé, pour la 1ère fois, le 1er janvier 2015 aura une majoration de 2%.

12.3 Respect de la Solidarité Intergénérationnelle

Le rapport entre la cotisation hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation de l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations.

13. Modalités de paiement des cotisations

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.

14. Frais d'impayé et de retard de paiement de cotisations

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

15. Délivrance de la carte d'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.

16. Évolution et révision des cotisations

16.1 Evolution

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.

16.2 Minoration

Il n'y a pas de minoration de cotisation.

16.3 Révision

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.

Titre V – Fin de l'adhésion

17. Résiliation à l'initiative de l'adhérent

17.1 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 (1) an d'engagement, et ce sans frais ni justification.

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

La résiliation par le membre 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, changement de mutuelle, etc.).

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.

17.2 Résiliation exceptionnelle en cours d'année

- Pour le membre participant adhérent principal :

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, changement de situation professionnel (pour les TNS), 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.

- Pour les 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.

18. Radiation et exclusion à l'initiative de la mutuelle

18.1 Radiation pour défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente (30) 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 les garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) 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.

18.2 Nullité pour fausses déclarations

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.

18.3 Exclusion pour atteinte aux intérêts de la mutuelle et de ses membres

Les membres participants ou leurs ayants-droits qui se rendent coupables de fraude ou suspicion de fraude, d'abus répétés ou de tentative de fraude caractérisée, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations, en vue de bénéficier indûment des avantages de la mutuelle peuvent être exclus de la mutuelle. Cette exclusion est prononcée par la Direction ainsi que la Présidence.

La Mutuelle Catalane se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi.

18.4 Exclusion pour incivilité

Aucune incivilité ni violence ne saurait être tolérée de la part de toute personne, membres participants, adhérents, bénéficiaires, professionnels de santé, etc. à l'égard de tout salarié de la mutuelle à l'occasion des relations entretenues, que ce soit en face à face ou à distance (téléphone, écrit sur support papier ou électronique).

L'incivilité est définie comme la non-observation des convenances ou l'absence de respect d'autrui (individuel ou collectif) entraînant une rupture avec les mécanismes et codes basiques de communication et un risque explicite ou implicite pour la sécurité, le bien-être et la santé mentale ou physique des salariés. Elle constitue un fait susceptible d'incrimination pénale.

Si une agression verbale, écrite ou physique à l'encontre d'un salarié était constatée, alors la Mutuelle Catalane se réserve le droit de prononcer une exclusion du membre participant à titre définitif. Cette exclusion est prononcée par la Direction ainsi que la Présidence.

Cette radiation serait astreinte d'un courrier à l'adhérent ainsi que de la possibilité de déposer plainte et de poursuivre en justice. Ce processus est décrit dans le cadre d'une procédure « d'incivilité. »

19. Conséquences de la fin de l'adhésion

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

La résiliation de l'adhésion du membre participant, quelle qu'en soit la cause, entraîne la radiation, à la même date, de ses ayants-droits.

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

Si la "carte d'adhérent" permettant de bénéficier du tiers payant est en cours de validité à la date de fin de l'adhésion, le membre participant a l'obligation de la restituer dans le délai de quinze (15) jours. Le membre participant est tenu d'informer les professionnels de santé de son changement de situation en matière de couverture des soins de santé. Tout usage de la « carte d'adhérent » postérieur à la date de fin de contrat est prohibé. Le membre participant sera alors dans l'obligation de restituer 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(leurs) obligation(s) précitée(s).

Dans tous les cas de radiation à l'initiative de la mutuelle, les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Titre VI – Dispositions diverses

20. Lutte contre la fraude et aux abus

La mutuelle est soumise aux dispositions Solvabilité II et doit notamment mettre en place un dispositif de contrôle interne efficace qui permet de donner une assurance de la qualité et de la conformité de la gestion de la mutuelle (article 46 de la directive Solvabilité II).

C'est dans ce cadre et afin de faire valoir les intérêts légitimes de la mutuelle et de ses membres, que la Mutuelle Catalane a mis en place un dispositif de lutte contre la fraude et les abus par un usage inapproprié et détourné des garanties du contrat.

Ce dispositif couvre tous les processus de gestion de la mutuelle. Il se traduit, notamment mais pas exclusivement, par des contrôles aléatoires. Ces contrôles sont nécessairement adaptés et mis à jour régulièrement afin d'être efficaces et cohérents avec les pratiques de fraude et d'abus détectées.

Ces dispositions peuvent nécessiter, le temps des investigations :

- Des délais supplémentaires de gestion,
- Des demandes complémentaires d'information et de pièces justificatives des soins réalisés, tant à l'adhérent qu'au professionnel de santé, ceci dans le respect des règles de protection des données,
- Des suspensions temporaires de paiement de prestations,

- Le tiers payant étant généralisable, la Mutuelle Catalane se réserve le droit de le suspendre de cette pratique avec le professionnel de santé, en cas de suspicion.

La Mutuelle se réserve également le droit de soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé compétent pour le type de soins dont la prise en charge est sollicitée par l'adhérent afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ ou à des bonnes pratiques de soins. Le contrôle s'effectue sur les pièces justificatives fournies par l'adhérent et peut, le cas échéant, donner lieu à une expertise médicale. En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ ou se soumettre à l'expertise médicale, la Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de soins et pourra radier l'adhérent conformément à l'article relatif à la radiation pour atteinte aux intérêts de la mutuelle et de ses membres.

En cas d'expertise médicale, l'adhérent pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais. En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de la Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le conseil de l'ordre territorialement compétent du professionnel sollicité pour les soins. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour la Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination. La partie dont l'argumentaire ne serait pas retenu par le troisième médecin supportera les frais d'expertises avancés par l'autre partie.

21. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations.

22. Recours, Réclamation, Médiation

Toutes contestations ou réclamations relatives 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 en agence, 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.

Les réclamations doivent porter sur des situations individuelles.

Une demande d'information, de service, une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constituent pas une réclamation tant qu'elle n'exprime par un mécontentement clairement exprimé.

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.

En cas de désaccord avec la Mutuelle, le membre participant et ses ayants-droits 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>

23. Protection des données personnelles

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par LA MUTUELLE CATALANE et uniquement utilisées pour la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour remplir l'ensemble des obligations légales de la mutuelle et répondre aux intérêts légitimes de la mutuelle et de ses membres, notamment en ce qui concerne la lutte contre la fraude.

Le membre participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du membre participant et le cas échéant de ses ayants-droits peuvent être collectées et traitées au titre de :

- La souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants-droits pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- La proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants-droits ;
- L'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;

- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants-droits peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle, ainsi que des tiers autorisés par la Mutuelle, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. La politique de protection des données est accessible le site Internet de la mutuelle. La politique de sous-traitance listant l'ensemble des prestataires de la Mutuelle Catalane est disponible sur demande express.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978 et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants-droits disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants-droits disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le membre participant et par ses ayants-droits, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée en contactant le délégué à la protection des données (DPO) de LA MUTUELLE CATALANE par courrier à l'adresse du siège de la Mutuelle ou par courrier électronique : dpo@mutuelle-catalane.com

Le membre participant et ses ayants-droits disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

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).

Dans le cas où un membre participant procéderait à une résiliation, LA MUTUELLE CATALANE lui laissera un accès à ses informations sur les espaces web jusqu'à 6 mois après la date de radiation.

24. 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.

25. Perte du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011).

Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement.

Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.