



Mutuelle Familiale

Entre nous, la solidarité

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mise à jour approuvée par l'Assemblée générale du 15 octobre 2011

MUTUELLE FAMILIALE (SIÈGE SOCIAL)
52, RUE D'HAUTEVILLE - 75487 PARIS CEDEX 10
TÉL : 01 55 33 41 00
WWW.MUTUELLE-FAMILIALE.FR

MUTUELLE RÉGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ ET SOUMISE AU LIVRE II.
SIREN N°784 442 915



PRÉAMBULE

Ce présent règlement mutualiste est établi en application de l'article L 114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de la Mutuelle Familiale.

Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement mutualiste et ses annexes : tableau des prestations-cotisations et règlement des garanties, constituent un ensemble indivisible.

TITRE I

ADHESION A LA MUTUELLE

Article 1 – Objet et formation du contrat mutualiste

Article 1-1 - Objet du contrat mutualiste

Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayants droit, pendant la période de garantie, de prestations santé, complémentaires ou non au remboursement du régime obligatoire, selon l'option choisie dans les conditions définies ci-après.

Il est constitué des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste comprenant les cotisations et le règlement des garanties correspondant à l'option choisie, ainsi que du bulletin d'adhésion dont la signature emporte acceptation du contrat mutualiste.

Article 1-2 - Souscription

Conformément à l'article 7 des statuts, pour bénéficier des prestations de la Mutuelle Familiale, il faut avoir adhéré à la mutuelle en qualité de membre participant ou d'ayant droit du membre participant. Peuvent souscrire un contrat mutualiste les personnes immatriculées à un régime obligatoire de Sécurité sociale.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste et ses annexes.

Le bulletin d'adhésion signé par le membre participant indique notamment :

- la date de signature,

- la référence de l'option choisie,
- les bénéficiaires du contrat mutualiste.

Article 1-3 - Prise d'effet de l'adhésion

Le contrat mutualiste s'applique dès la signature du bulletin d'adhésion (si envoi par courrier, le cachet de la poste fera foi).

L'adhérent devra alors acquitter un mois plein de cotisation, quel que soit le nombre de jours restant du mois entamé.

Toutefois, si l'adhérent le souhaite, l'adhésion pourra prendre effet le 1^{er} du mois suivant.

Article 1-4 - Durée et renouvellement du contrat

Le contrat mutualiste est conclu pour une durée d'un an et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il est reconduit de plein droit par tacite reconduction par période annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie dans les conditions définies par les statuts ou le présent règlement

Article 1-5 - Conditions d'adhésion

Les options Basic, Déclit, Classic, Tonic, Energic et Dynamic de la gamme Déclit, sont ouvertes à tous les adhérents. A l'adhésion, le membre participant doit être âgé de moins de 60 ans.

L'adhésion en option Nova doit intervenir avant la date anniversaire des 30 ans.

L'adhésion pour les options Seniors 1, 2 et 3 est réservée aux personnes adhérant après 60 ans et sans limite d'âge. L'adhérent justifiant d'une attestation de fin de droit de la Couverture maladie universelle peut souscrire à l'option de son choix sans limite d'âge, dans un délai de trois mois à compter de cette notification de fin de droit.

Article 2 – Modification du contrat mutualiste

Article 2-1 - Demande de modification du contrat mutualiste

Toute demande de modification des mentions portées au bulletin d'adhésion devra faire l'objet d'une demande écrite du souscripteur notamment celle résultant :

- de la situation familiale,
- d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Article 2-2 - Changement d'option

Le membre participant peut demander un changement d'option après une année civile pleine d'adhésion dans l'option précédemment souscrite. Cette demande devra être notifiée par écrit au moins deux mois avant la fin de l'année civile pour prendre effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

Toutefois, le changement de garantie vers une option inférieure ne peut s'effectuer qu'après une durée de présence minimale de deux années civiles pleines dans l'option quittée. Seuls les adhérents couverts par une des options suivantes, 1 cœur, 2 cœurs, 3 cœurs, 4 cœurs ou 5 cœurs, peuvent demander leur mutation dans une autre option de cette gamme.

Cette condition ne s'applique pas :

- au membre participant ayant adhéré en option Nova qui peut, pour le renouvellement de son contrat mutualiste au 1^{er} janvier de l'année suivant celle de son 30^{ème} anniversaire, opter pour une option plus complète parmi la gamme proposée par la mutuelle.

L'adhérent doit faire connaître ce choix à la mutuelle au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile anniversaire de ses trente ans. A défaut, le contrat se poursuivra en option Nova aux conditions tarifaires mentionnées dans l'annexe au présent règlement.

Article 2-3 - Prise d'effet des modifications

Les modifications autres que la demande de changement d'option prennent effet le 1^{er} du mois suivant la demande. Pour l'inscription d'un bénéficiaire, la garantie s'applique dès la demande de modification du contrat mutualiste (si envoi par courrier, le cachet de la Poste fera foi).

L'adhérent devra alors acquitter un mois plein de cotisation correspondante, quelque soit le nombre de jours restant du mois entamé. Si l'adhérent le souhaite, l'inscription du ou des nouveaux ayants droit pourra prendre effet le 1^{er} du mois suivant.

Toutefois, le nouveau-né est garanti dès le jour de sa naissance dès lors que la demande d'inscription est adressée à la mutuelle dans les trois mois suivant la naissance.

Article 2-4 - Modification du règlement mutualiste

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations et plus généralement les modifications des statuts et règlements, décidées par l'assemblée générale,

sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux membres de la mutuelle.

Article 2-5 - Modification de la réglementation

Les prestations de la mutuelle sont définies par rapport à la réglementation fixée par le régime obligatoire de la Sécurité sociale. En cas de modification de la réglementation ou des tarifications, la mutuelle peut être contrainte d'ajuster la définition des garanties et /ou des cotisations sans que cela ne constitue une remise en cause du contrat. Ces modifications sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

Article 3 – Suspension, démission, radiation

Article 3-1 - Suspension du contrat mutualiste

Le membre participant est, sur sa demande écrite, dispensé du paiement des cotisations pour une durée variable en fonction de l'une des situations suivantes :

- chômage (présentation d'une attestation Pôle Emploi) durée maximale de 2 ans,
- départ à l'étranger (présentation d'une attestation sur l'honneur) durée maximale de 1 an,
- couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un contrat à durée déterminée (présentation d'une attestation de l'employeur mentionnant le caractère obligatoire du contrat), durée maximale de la durée du contrat.

Pendant cette période, les garanties sont suspendues.

Le mutualiste ne pourra prétendre de nouveau aux prestations que pour des soins dont la date de référence telle que définie à l'article 6-3 du présent règlement mutualiste sera postérieure à la date de réouverture des droits.

A l'issue de cette période, il bénéficie de plein droit des prestations de la mutuelle, dès lors qu'il s'acquitte de ses obligations statutaires et contractuelles.

En cas de non-paiement de la cotisation au terme de cette période de suspension, le contrat est résilié conformément aux dispositions de l'article 5-2 de ce présent règlement.

Article 3-2 - Démission

La démission est possible après une année civile pleine d'adhésion. Elle est donnée par écrit, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle, moyennant un préavis de deux mois avant la fin de l'année civile. Elle prend effet le 31 décembre à minuit.

Conformément à la réglementation, le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation pour dénoncer la reconduction annuelle du contrat mutualiste.

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

- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à laquelle sont jointes l'attestation de l'employeur prouvant l'adhésion au contrat obligatoire et la carte mutualiste, dans les trois mois qui suivent cet événement.

Cette résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la date de survenance de l'évènement sous réserve du respect de l'obligation ci-dessus et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Dans le cas contraire, la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 3-3 - Radiation

La radiation du membre participant peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure prévue à l'article 5.2 du présent règlement mutualiste et dans les cas et selon la procédure prévue à l'article 10 des statuts.

TITRE II

COTISATIONS

- Dispositions communes

Article 4 – Détermination des cotisations

Article 4-1 - Montant de la cotisation

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée notamment à la couverture des prestations assurées par la mutuelle.

La cotisation annuelle est fixée en fonction de l'option choisie, de la composition familiale et de l'âge du souscripteur au moment de l'appel de cotisation annuel, tels que décrits au tableau des cotisations correspondant à l'option choisie, ci-annexé.

A cette cotisation peuvent s'ajouter, le cas échéant, celles dues au titre de contrats collectifs facultatifs souscrits par la mutuelle au bénéfice de ses membres, tel que mentionné dans la notice qui leur est remise lors de la souscription dudit contrat.

Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

La cotisation est payable en une seule fois par chèque bancaire ou postal, en espèces ou par virement selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion ou sur la carte d'adhérent.

Article 4-2 - Les cotisations

La cotisation est déterminée par tranche d'âge ou millésime selon les options. Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieure s'effectue au 1er janvier de l'année qui suit la date anniversaire de l'âge de référence du membre participant, tel que mentionné à l'annexe cotisation du présent règlement mutualiste.

Article 4-3 - Structure standard des cotisations

Pour les contrats prenant en compte les compositions familiales et les tranches d'âges, celles-ci se déclinent de la manière suivante :

- 1 assuré(e)
- 1 assuré(e) + 1 enfant à charge
- 1 assuré(e) + 2 enfants à charge
- 1 assuré(e) + 3 enfants et plus à charge
- couple : deux adultes
- couple + 1 enfant à charge
- couple + 2 enfants à charge
- couple + 3 enfants et plus à charge.

Pour les options Basic, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic, ainsi que l'option Nova, aucune cotisation n'est due au titre du troisième enfant et des suivants, régulièrement inscrits à la Mutuelle Familiale.

Pour l'ensemble des options individuelles fermées et pour les options des contrats collectifs (sauf cas particuliers mentionnés dans les dispositions spécifiques), six tranches d'âges sont instaurées :

- de 16 à 24 ans • de 25 à 29 ans
- de 30 à 39 ans • de 40 à 49 ans
- de 50 à 59 ans • 60 ans et plus

Pour les options «Seniors 1, 2 et 3», quatre tranches d'âges :

- de 60 à 64 ans • de 65 à 69 ans
- de 70 à 79 ans • 80 ans et plus

Pour les options Basic, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic, ainsi que l'option Nova, l'évolution des cotisations liée à l'âge se fait par millésime, plafonnée à 85 ans et plus.

Article 4-4 - Cas d'exonération des cotisations

Pour les options ouvertes à la souscription à compter du 1er janvier 2007, à l'exception des options de la gamme Seniors, aucune cotisation n'est due au titre du 3^{ème} enfant et des suivants régulièrement inscrits à la Mutuelle Familiale.

Article 5 – Paiement des cotisations

Article 5-1 - Paiement des cotisations

La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, la cotisation annuelle peut être fractionnée, en fonction du mode de règlement choisi :

- trimestriellement par TIP,
- mensuellement par prélèvement bancaire ou postal.

La cotisation doit alors être réglée aux dates et selon les modalités prévues à l'échéancier envoyé à chaque échéance annuelle à l'adhérent. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

Les cotisations sont dues terme à échoir.

Article 5-2 - Défaut de paiement de la cotisation

En cas de non-paiement de la cotisation annuelle due dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle peut adresser à l'adhérent une mise en demeure et suspendre ses garanties, si dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la mise en demeure, la régularisation n'a pas été effectuée.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle est en droit de résilier la garantie dans les 10 jours suivant la suspension.

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 est payée 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 poursuites et de recouvrement.

Article 5-3 - Frais d'impayés

En cas d'impayés, les frais afférents sont à la charge de l'adhérent.

Article 5-4 - Remboursement de cotisation

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

TITRE III

PRESTATIONS et SERVICES ASSOCIES - Dispositions communes

Article 6 – Conditions de remboursement des prestations

Article 6-1 - Principe de remboursement

La nature, les montants et taux des prestations garanties figurent au tableau des prestations annexé, faisant partie intégrante du présent règlement.

Les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime obligatoire d'assurance maladie ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire, sauf les prestations expressément décrites dans le règlement des garanties et figurant au tableau des prestations de l'option choisie.

Les prestations d'assurance maladie complémentaire sont garanties dans le respect des règles définies à l'article

L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et sont versées dans les limites et conditions de l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de l'option choisie, telles que définies au règlement des garanties ci-annexé.

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais à la charge du membre participant. En ce qui concerne le forfait obsèques, pour les options qui le prévoient, celui-ci est attribué dans la limite des sommes engagées sans pouvoir excéder le montant alloué. La mutuelle prend en charge au moins deux prestations de prévention mentionnées dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, selon les conditions définies au règlement des garanties ci-annexé.

Article 6-2 - Bénéficiaires des prestations mutualistes

Sauf disposition particulière précisée dans les dispositions spécifiques, les prestations sont servies pour :

- le souscripteur,
 - son conjoint concubin ou pacsé mentionné sur le bulletin d'adhésion,
 - ses ayants droit, tels que définis par l'article 6 des statuts, inscrits sur le bulletin d'adhésion.
- Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

Article 6-3 - Ouverture des droits

A compter de la date d'adhésion, tous les actes décrits dans les dispositions spécifiques dont la date de référence est postérieure à l'adhésion sont remboursables :

- pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire de la Sécurité sociale, la date de référence sera la date de soins mentionnée sur ce décompte,
- pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte de la Sécurité sociale, les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion,
- pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.

Article 6-4 - Cessation des droits

Aucune prestation ne peut être servie après :

- la date d'effet de la démission,
- la décision de radiation ou d'exclusion,
- la date d'effet du retrait d'un bénéficiaire, sauf les prestations pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Article 6-5 - Télétransmission

La Sécurité sociale transmet directement à la mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la mutuelle,

sauf refus exprès du membre participant.

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

En cas de changement de centre de Sécurité sociale, il appartient à l'adhérent d'en avertir la mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation Vitale.

Article 6-6 - Modalités de remboursement par la mutuelle

Les prestations n'ayant pas fait l'objet d'avance par tiers payant et n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime général de la Sécurité sociale envoyés par l'adhérent ainsi que des originaux des factures acquittées.

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent ou à défaut par lettre chèque nominative adressée à son domicile.

L'adhérent est informé des prestations versées par l'envoi régulier d'un bordereau récapitulatif. Il lui appartient de vérifier que les remboursements sont bien effectués. Les adhérents ont six mois à compter de la date de paiement d'une prestation pour la contester. Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-1 du Code de la mutualité.

Article 6-7 - Justificatifs

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné par l'envoi des justificatifs précisés dans le règlement des garanties en annexe.

Article 6-8 - Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la mutuelle signe directement ou indirectement des conventions de tiers payant avec des établissements de soins et des professionnels de santé.

La mutuelle assure ainsi directement, dans la limite de l'option souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires.

Une carte d'adhérent permettant de bénéficier du tiers payant auprès des prestataires de santé est adressée à chaque membre participant à jour de ses cotisations. Elle atteste des droits de l'adhérent, elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées.

En cas de cessation ou suspension du contrat mutualiste, le membre participant est tenu de retourner sa carte d'adhérent à la mutuelle. Toute utilisation de la carte tiers payant pendant une de ces périodes est frauduleuse. La mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

Article 6-9 - Recours subrogatoire Accident

En cas d'accident, le membre participant s'engage à informer la mutuelle dès lors que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers.

Pour le paiement de ce type de prestations, la Mutuelle Familiale est subrogée de plein droit à l'adhérent victime de l'accident dans son action contre le tiers responsable. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité de la victime.

Article 6-10 - Forclusion

Les décomptes du régime obligatoire de la Sécurité sociale et les factures acquittées doivent être remis DANS UN DELAI MAXIMUM D'UN AN à la mutuelle. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement. La date prise en compte pour l'examen de ce délai sera celle de l'émission du document justificatif.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 7 – Délai de prescription

Sauf exceptions mentionnées à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant du contrat mutualiste est prescrite après deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, fausse déclaration ou déclaration inexacte du membre participant que du jour où la Mutuelle Familiale en a eu connaissance.

Article 8 – Droit d'accès et de rectification

La Mutuelle Familiale sera amenée à recueillir et traiter des informations nominatives informatiquement.

Les informations requises par la mutuelle répondent aux exigences réglementaires et légales.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, les informations recueillies sont confidentielles. Chaque adhérent bénéficie d'un droit d'accès aux informations le concernant et d'un droit de rectification qui s'exerce sur demande écrite au siège de la mutuelle : Mutuelle Familiale, 52 rue d'Hauteville 75487 PARIS Cedex 10.

Article 9 – Litiges

En toute circonstance, ce présent contrat mutualiste est soumis à la loi française.

TITRE V

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES

Article 10 – Garantie assurée par la mutuelle

La garantie délivrée par la mutuelle dépend de l'option choisie.

Article 10-1 - Garantie frais de santé

La Mutuelle Familiale intervient en complément du régime obligatoire de la Sécurité sociale en fonction de l'option choisie.

Les plafonds de garantie sont exprimés par référence au tarif de convention ou de responsabilité de la Sécurité sociale.

Les montants et limites de garantie sont définis au règlement des garanties constituant une annexe au présent règlement.

Article 10-2 - Garantie frais d'obsèques

1. Bénéficiaires

Si l'option choisie par l'adhérent le prévoit, la garantie frais d'obsèques, délivrée par la Mutuelle Familiale, assure le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques au membre participant et à ses bénéficiaires selon le tableau des prestations correspondant à l'option choisie ci-annexé.

2. Délai de stage

Le droit aux prestations obsèques est acquis après un délai de carence de 9 mois pour l'adhérent ou ses ayants droit ; toutefois cette période de stage ne s'applique pas pour les enfants de moins d'un an, dès lors qu'ils ont la qualité d'ayants droit au jour du décès.

3. Versement des prestations

Sauf convention de tiers payant, le remboursement des frais d'obsèques est attribué sur justificatif à toute personne ayant supporté ces frais dans la limite du forfait précisé au tableau des prestations correspondant à l'option choisie.

Lorsque le paiement des frais d'obsèques a été effectué par le défunt de son vivant ou par prélèvement sur son compte bancaire ou postal, et en l'absence d'un(e) conjoint(e), le règlement par la mutuelle (dans la limite du forfait attribué), se fera sur présentation :

- d'une facture acquittée ou de l'original de l'attestation de paiement,
- d'un certificat d'hérédité,
- d'une autorisation signée par tous les héritiers pour accord de règlement à la personne qu'ils auront désignée.

A défaut d'accord, le remboursement pourra être effectué le cas échéant, auprès du notaire sur courrier de ce dernier. Les associations diverses et les établissements hospitaliers sont exclus de tout remboursement.

4. Tiers payant et services spécifiques

Dans le cadre d'une convention de tiers payant avec la Confédération des professionnels du Funéraire et de la Marbrerie, les conventions passées avec les entreprises adhérentes et la Mutuelle Familiale offrent la possibilité de prise en charge délivrée par la mutuelle ainsi que des services spécifiques.

La famille peut s'adresser à une entreprise de Pompes Funèbres autre que celles partenaires, mais dans ce cas, la prestation se limitera au remboursement du montant des frais engagés jusqu'à concurrence du forfait attribué par la Mutuelle Familiale, sur présentation de l'original de la facture détaillée et acquittée des frais d'obsèques.

Une notice d'information précisant la nature de ces prestations et services sera remise à tous les membres participants bénéficiant de la prestation frais d'obsèques.

5. La prestation obsèques

Elle est d'une durée maximale d'une année. L'assemblée générale de la mutuelle décide chaque année du maintien, de la suppression ou de la modification pour l'exercice suivant. La part de cotisation affectée au compte Vie, au titre des allocations obsèques garanties aux adhérents et ayants droit de la Mutuelle Familiale, est fixée chaque année par l'assemblée générale pour l'exercice suivant, en pourcentage de l'allocation obsèques garantie.

Article 11 – Garanties non régies par le présent règlement mutualiste

La Mutuelle Familiale propose, par le biais de contrats collectifs facultatifs souscrits au bénéfice de ses membres ou en intermédiation, des garanties qu'elle n'assure pas directement mais qui peuvent être souscrites par les adhérents directement auprès d'elle en inclusion ou en adjonction d'une garantie proposée par la Mutuelle Familiale.

Article 11-1 - Assistance

Un contrat d'assurance collective offrant un service assistance vie quotidienne souscrit conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité auprès de l'organisme IMA Assurances, régi par le Code des assurances, sis 118, avenue de Paris à NIORT (79000), n° RCS 481 511 632, est ouvert pour apporter un soutien dans l'urgence face à des situations imprévues :

- à l'adhérent,
- son conjoint ou concubin notoire,
- les enfants et descendants directs fiscalement à charge, résidant en France métropolitaine et vivant habituellement sous le même toit.

Les garanties sont intégrées à l'ensemble des contrats souscrits par les adhérents quelle que soit leur option.

Dans tous les cas, les prestations d'assistance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'événement et de la situation.

Les conditions d'application de celles-ci font l'objet,

conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique, ci-annexée.

Article 11-2 - Garanties de prévoyance

Les adhérents de la Mutuelle Familiale peuvent souscrire des garanties de prévoyance souscrites en intermédiation auprès des organismes d'assurance suivants :

CNP IAM – 383 24 189 RCS Paris et CNP Assurances – 341 737062 RCS Paris, régies par le Code des assurances – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

SA MFPREVOYANCE, filiale de CNP - 507 648 053 RCS Paris, régie par le Code des assurances – 62, rue Jeanne d'Arc - 75013 PARIS.

SA OCIRP VIE - 339 688 608 RCS Paris, régie par le Code des assurances – 10, rue Cambacérès - 75008 PARIS.

MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE - RNM 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil - 74960 CRAN-GEVRIER

MUTUELLE DE FRANCE PREVOYANCE – RNM 383 143 617, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du code de la mutualité - 447, avenue de Joucques – BP 1401 – 13785 AUBAGNE Cedex

MUTUELLE ATLANTIQUE DE PREVOYANCE, RNM 388 818 908, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité – Immeuble LE PLAZA – Bld du Maréchal Leclerc – 33000 BORDEAUX.

Article 11-3 - Protection juridique

Un contrat d'assurance collective offrant un service de Protection Juridique souscrit conformément à l'article L 221-3 du Code de la mutualité auprès de l'organisme MATMUT Protection Juridique, régi par le Code des assurances, sis à Rouen (76100) 66, rue de Sotteville, n° RCS 423 499 391, est ouvert pour apporter :

- 1) une assistance juridique « Vie privée » par téléphone ;
- 2) une prestation « Recours médical » ;
- 3) des Mesures de protection de la personne (tutelle/curatelle).

Les droits sont ouverts, pour les deux premiers points : « Vie privée » par téléphone et « Recours médical » :

- à l'adhérent ou son conjoint,
- aux enfants mineurs,
- aux enfants majeurs célibataires âgés de moins de 28 ans, sans ressource personnelle,
- aux ascendants fiscalement à charge,
- aux personnes dont l'adhérent ou son conjoint ont la tutelle ou la curatelle.

Concernant le troisième point : « Mesures de protection de la personne », ils sont ouverts :

- à l'adhérent ou son conjoint,
- aux enfants majeurs célibataires âgés de moins de 28 ans, sans ressource personnelle,
- aux ascendants fiscalement à charge,
- aux personnes dont l'adhérent ou son conjoint ont la tutelle ou la curatelle.

Ces garanties sont intégrées à l'ensemble des contrats souscrits par les adhérents quelle que soit leur option.

Dans tous les cas, les prestations de Protection Juridique ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge.

Les conditions d'application de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une Notice d'information spécifique, ci-annexée.

Article 11-4 - Complément Retraite Mutualiste (COREM)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre la Mutuelle Familiale et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Registre national des mutuelles sous le numéro 442 294 856, dont le siège social est sis 255, rue de Vaugirard – 75015 PARIS,

- l'adhérent,
- et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime COREM qui a pour objet le service d'un complément retraite par points. Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du régime figurent dans une Notice d'information remise aux adhérents lors de l'adhésion.

Article 12 – Allocation de fidélité

Une allocation correspondant à un mois de cotisation sera versée une seule fois, l'année où les adhérents auront atteint 40 ans d'ancienneté à la Mutuelle Familiale.

L'allocation de fidélité ne s'applique que lorsque l'adhérent est membre de la Mutuelle Familiale, l'année de son 40^{ème} anniversaire d'adhésion, sans rétroactivité pour les adhérents ayant dépassé ce cap au sein d'une mutuelle ayant fusionné avec la Mutuelle Familiale.

Article 13 – Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située au 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 08.

Le présent règlement mutualiste est complété d'une annexe « gamme frais de santé ouverte à l'adhésion au 1^{er} janvier 2011 ». Ces documents sont disponibles sur le site Internet : www.mutuelle-familiale.fr. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.



Mutuelle Familiale

Entre nous, la solidarité