

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 11 mars 2021

## Table des matières

Préambule.....	3
TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE .....	3
ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE .....	3
ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE.....	3
ARTICLE 1-2 – MODALITES D’ADHESION .....	3
ARTICLE 1-3 – PRISE D’EFFET DE L’ADHÉSION .....	3
ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUELEMENT DE L’ADHESION .....	3
ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D’ADHÉSION AUX GARANTIES.....	3
ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D’ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE .....	4
ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT .....	4
ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE .....	5
ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE .....	5
ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DE LA MUTUELLE .....	5
ARTICLE 3-1 – REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D’ADMINISTRATION .....	5
ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE.....	6
ARTICLE 4-1 – SUSPENSION .....	6
ARTICLE 4-2 – DÉMISSION .....	6
ARTICLE 4-3 – RADIATION.....	6
ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES .....	7
TITRE II – COTISATIONS.....	7
ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS .....	7
ARTICLE 5-1 – MONTANT DE LA COTISATION.....	7
ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS.....	7
ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS .....	7
ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	8
ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS .....	8
ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION .....	8
ARTICLE 6-3 – FRAIS D’IMPAYÉS .....	9
TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS .....	9
ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENTDES PRESTATIONS .....	9
ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT .....	9
ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES.....	9
ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS.....	9
ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS .....	9
ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION.....	10
ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE.....	10
ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS.....	10
ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT .....	10
ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT .....	10
ARTICLE 7-10 – FORCLUSION .....	11
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES .....	11
ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	11
ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES .....	11
ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION.....	11
ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION.....	11
ARTICLE 10-2 – MÉDIATION.....	12
TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES .....	12
ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES .....	12
ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE .....	12
ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS .....	12
ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT .....	12
ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE .....	12
ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE .....	12
ARTICLE 12-3 – COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM).....	13
ARTICLE 12-4 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES.....	13
ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ.....	13
ARTICLE 14 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE .....	13

## Préambule

Le 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 détermine le fonctionnement du régime des opérations individuelles proposées par la Mutuelle et définit à ce titre, 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 est complété du tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations, le tout constituant un ensemble indivisible.

## TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE

### ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE

#### ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion au contrat mutualiste. Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayants droit résidant habituellement en France, pendant la période de garantie, de prestations santé, complémentaires ou non au remboursement du régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie, selon la garantie choisie et dans les conditions définies ci-après. Il est constitué des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste complété de ses annexes : tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation de l'ensemble de ces stipulations. Le présent contrat mutualiste est régi par la loi française conformément aux dispositions des articles L. 225-2 et L. 225-3 du code de la mutualité.

#### ARTICLE 1-2 – MODALITES D'ADHESION

L'adhésion est réservée aux personnes physiques résidant habituellement en France et affiliées à un régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie.

Conformément à l'article 7 des statuts, elle est demandée à l'aide du bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. Toute personne qui fait acte d'adhésion acquiert ainsi la qualité de membre participant. Les membres participants bénéficient des prestations de la mutuelle et peuvent en faire bénéficier leurs ayants-droits, nommément désignés au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion mentionne, notamment la garantie choisie.

De même, toute personne physique qui adhère à la Mutuelle, dans le cadre du dispositif de Complémentaire santé solidaire (CSS), acquiert également la qualité de membre participant.

#### ARTICLE 1-3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. La garantie est acquise à cette même date, sauf délais de carence spécifiques à certaines garanties.

En cas d'adhésion à distance, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, la garantie ne pourra être acquise qu'après un délai de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'adhésion (cachet de la poste faisant foi), sauf demande d'exécution anticipée exprimée par l'adhérent.

Dans tous les cas, en cas d'envoi du bulletin d'adhésion par voie postale, la date d'effet de la garantie ne saurait être antérieure à la date de réception (cachet de la poste faisant foi). En cas d'adhésion en cours de mois, la cotisation mensuelle est ainsi déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion.

#### ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement et statuts.

Par exception, l'échéance de la gamme CAMPUS intervient au 31 août de chaque année et est renouvelé par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> septembre de chaque année.

#### ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D'ADHÉSION AUX GARANTIES

Le présent règlement mutualiste s'applique à l'ensemble des garanties individuelles, ouvertes comme fermées à la commercialisation, assurées par la Mutuelle Familiale.

- Parmi les garanties ouvertes à la commercialisation :

Les gammes SANTÉHO et LMF SANTE sont ouvertes à tous les adhérents sans limite d'âge à l'adhésion. Les garanties de la gamme SANTÉHO sont soumises à un délai d'attente de 6 mois qui court à compter de la date d'adhésion à la mutuelle.

La gamme LMF Santé est composée :

- d'une part, de quatre garanties socles : LMF Santé 1, 2, 3 et 4 et d'une option « pharmacie à 15% (service médical rendu faible) automédication » en inclusion. Le membre participant dispose de la faculté de conserver ou de renoncer à cette option au moment de son adhésion.
- Et d'autre part, de deux renforts (pack hospitalisation, et pack dépassements d'honoraires). Ces garanties optionnelles permettent au membre participant de renforcer le niveau de ses remboursements.

La garantie COMPLÉTO est une sur-complémentaire, qui s'adresse aux personnes bénéficiant d'un contrat santé de rang 1, souscrit auprès d'autres organismes assurantiels. Elle est acquise après un délai d'attente de 3 mois.

Les garanties de la gamme TERREA s'adressent exclusivement aux agents et aux retraités des collectivités territoriales, dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Les garanties de la gamme SOLEC s'adressent exclusivement aux agents territoriaux et aux retraités des collectivités territoriales dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire et de leurs agents.

Les garanties MINE E et MINE F de la gamme MINE s'adressent exclusivement aux bénéficiaires du régime minier.

Les garanties de la gamme FRONTEA s'adressent exclusivement aux personnes résidant en France et travaillant au Luxembourg.

L'adhésion aux garanties LMF Campus 1,2,3,4 et 5 de la gamme LMF Campus est exclusivement ouverte aux étudiants âgés entre 16 et 30 ans. La gamme LMF Campus ne permet pas d'assurer la couverture d'éventuels ayants-droit

- Parmi les garanties fermées à commercialisation :

La gamme AS comprenant les garanties AS1 à AS4

La gamme BS comprenant les garanties BS1 à BS4

La gamme CS comprenant les garanties CS1 à CS3

La gamme DS comprenant les garanties DS1 à DS4

La gamme ES comprenant les garanties ES1 à ES4

La gamme FS comprenant les garanties FS1 à FS4

La gamme GS comprenant les garanties GS1 à GS4

La gamme HS comprenant les garanties HS1 à HS3

La gamme IS comprenant les garanties IS1 à IS2

La gamme JS comprenant les garanties JS1 à JS2

La gamme KS comprenant les garanties KS1 à KS2

La garantie LS 2

La gamme MS comprenant les garanties MS1 à MS2

La gamme NS comprenant les garanties NS1 à NS2

La gamme OS comprenant les garanties OS1 à OS2

La gamme PS comprenant les garanties PS1 à PS2

La gamme QS comprenant les garanties QS1 à QS2

La garantie RS 1

La garantie SS1

La garantie TS1

La garantie US1

La garantie VS1

La garantie WS1

La garantie XS1

La garantie YS1

La garantie ZS1

La garantie AAS1

La garantie ABS1

La garantie ACS1

La garantie ADS1

Les garanties BASIC, CLASSIC, TONIC, ÉNERGIC et DYNAMIC de la gamme DÉCLIC, ainsi que la garantie DÉCLIC (option non responsable) sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NOVA, NOVA OPTIQUE + et NOVA DENTAIRE + sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties OMÉGA O1, OMÉGA O2, OMÉGA O3 et OMÉGA O4 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NEOVIA 1, NEOVIA 2, NEOVIA 3 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

#### ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux dispositions des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance ou

suisant un démarchage, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Cette renonciation doit être faite par :

- lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris cedex 10
- ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception à : courrierAR@mutuelle-familiale.fr.

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.

En cas de renonciation, le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. La Mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

## ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

### ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE

La modification des mentions portées au bulletin d'adhésion peut être demandée par écrit en cas de changement de situation personnelle ou administrative du membre, résultant notamment :

- 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 ou luxembourgeois.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La modification prend effet dès réception de la demande (cachet de la poste faisant foi).

Toute demande d'affiliation d'un ayant-droit en qualité de bénéficiaire en cours de mois donnera lieu au paiement, par l'adhérent, de la cotisation mensuelle déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion. Cette affiliation peut néanmoins être sollicitée pour le 1er du mois suivant. La cotisation correspondante ne sera alors due qu'à compter de cette date.

Toutefois, le nouveau-né et l'enfant adopté peuvent être couverts dès le jour de la naissance ou de l'adoption, dès lors que la demande d'affiliation est adressée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la survenance effective de l'évènement.

### ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE

La garantie choisie par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile ou universitaire (1<sup>er</sup> septembre au 31 août). Toutefois, le membre participant a la possibilité de solliciter, à tout moment, un changement de garantie vers un niveau supérieur ou inférieur à que celui précédemment souscrit.

Pour le membre participant ayant moins d'un an d'ancienneté au sein de la Mutuelle, un changement de garantie vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit ne peut intervenir qu'après une année d'adhésion, sauf changement de situation prévue à l'article 2-1.

En revanche, le changement de garantie pour un niveau inférieur ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de l'adhésion.

Les demandes de changement de formules niveau de garanties et /ou de renfort optionnel (ajout ou suppression) sont acceptées sans toutefois pouvoir dépasser une demande par date d'anniversaire du contrat.

En cas de changement de garantie, toute demande de prestation sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

En cas de changement de niveau de garantie et/ ou de renfort optionnel, un nouveau bulletin adhésion est signé par le membre participant.

## ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

### ARTICLE 3-1 – REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à ses prérogatives décrites à l'article 32 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutuelle est compétent en matière d'adoption et révision du règlement mutualiste, des montants ou taux des cotisations et des prestations des opérations individuelles dans le respect des règles fixées par l'Assemblée générale.

Toute évolution législative, réglementaire ou technique venant à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, pourra entraîner en conséquence, une révision des montants ou taux des cotisations, des prestations garanties des conditions d'ouverture du droit à prestation et plus largement du règlement mutualiste et de ses annexes.

Ces modifications sont applicables de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

## ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE

### ARTICLE 4-1 – SUSPENSION

La garantie et le paiement des cotisations y afférent peuvent être suspendus lorsque le membre participant est sans activité. Cette demande est réalisée par écrit et justifiée par une attestation du Pôle Emploi ou assimilé pour le régime luxembourgeois. La suspension a une durée maximale de 2 ans.

A l'issue de cette période, les droits du membre participant seront rouverts, sous réserve du respect de ses obligations (notamment paiement de la cotisation). Les soins dont la date de référence est antérieure à la date de réouverture des droits ne feront l'objet d'aucune prise en charge.

En cas de non-paiement de la cotisation au terme de la période de suspension, le contrat sera résilié dans les conditions définies à l'article 6-2 du présent règlement.

### ARTICLE 4-2 – DÉMISSION

Conformément à l'article 9 des statuts, l'adhérent peut mettre fin à sa garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une lettre ou un courriel, avant le 31 octobre de l'année (ou avant le 30 juin en année universitaire d'adhésion) minuit, cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra effet le 31 décembre (ou avant le 31 août en année universitaire d'adhésion) à minuit.

La démission ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

L'adhérent peut également mettre fin à sa garantie, sans frais ni pénalités, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première adhésion. Ce délai d'un an est renouvelé en cas de changement de niveau de garantie et en cas d'ajout ou de suppression de renfort optionnel demandé par l'adhérent. Dans ce cas, un nouveau bulletin d'adhésion est rempli et signé par l'adhérent.

La démission prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Le membre participant reste redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission.

Toute demande de démission doit être adressée à la Mutuelle par lettre, par courriel ou tout autre moyen mentionné à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité.

### ARTICLE 4-3 – RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission ou dont les garanties ont pris fin dans les conditions mentionnées aux articles L. 221-17 et L. 221-7 du Code de la mutualité.

#### 1. Cas particulier du décès

Le décès d'un membre participant entraîne sa radiation. Cette radiation prend effet au lendemain de la date de survenance de l'évènement. Pour que cette radiation puisse être prise en compte, une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle. Dans ce cadre, l'adhésion du membre participant prend fin.

Les ayants-droit du membre participant décédé peuvent solliciter le bénéfice de la garantie précédemment souscrite ou se voir proposer l'adhésion à une autre garantie répondant à leurs besoins.

Dès lors, les ayants-droit adhèrent au contrat mutualiste et prennent la qualité de membre participant de la Mutuelle.

#### 2. Modification du risque

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation ou de régime matrimonial,
- changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque garanti est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Autrement dit, le changement de situation doit nécessairement affecter le montant des cotisations ou le paiement des prestations.

Il peut également être mis fin à l'adhésion par le membre participant dans les cas particuliers suivants :

- adhésion à un contrat collectif obligatoire dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (sur présentation d'une attestation d'appartenance à un contrat collectif obligatoire).
- bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS).

La radiation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Elle est réalisée par lettre ou par courriel précisant la nature et la date de l'évènement invoqué, accompagnée des justificatifs correspondants.

Dans ce cadre, la fin de l'adhésion est soumise à la restitution des cartes de tiers payant remises par la mutuelle et prend effet au jour de réception de la demande (cachet de la poste faisant foi), sauf cas de la CSS où la date prise en compte est celle de la survenance de l'évènement.

#### 3. Non-paiement des cotisations

La radiation du membre participant peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité et selon la procédure décrite à l'article 6-2 du présent règlement.

#### 4. Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit en principe être réalisée par lettre ou par courriel moyennant un délai de préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année.

A titre exceptionnel, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, le membre participant peut demander la radiation d'un ayant-droit en cours d'année, pour les cas suivants : séparation, décès, départ du foyer fiscal, mariage, adhésion à un contrat collectif obligatoire d'entreprise, bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS), souscription d'un contrat individuel auprès de la mutuelle.

Cette radiation sera effective à compter de la réception de la demande (cachet de la poste faisant foi). Une nouvelle carte de tiers payant, mettant à jour les ayants droit, sera éditée et envoyée à l'adhérent, qui devra restituer son ancienne carte de tiers payant à réception de la nouvelle.

Dans ce cadre, la garantie reste maintenue en qui concerne le membre participant et les autres bénéficiaires nommément désignés à la garantie.

#### ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES

Aucune prestation ne peut être servie après date d'effet de la démission, ou décision de suspension, radiation ou exclusion intervenant en application de l'article 11 des statuts, hormis celles pour lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

Toute sortie en cours de mois donne lieu au remboursement de la partie de cotisation concernant la période pendant laquelle le risque ne court plus.

## TITRE II – COTISATIONS

Dispositions communes

### ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS

#### ARTICLE 5-1 – 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. Selon la garantie souscrite, la cotisation annuelle est fixée en fonction de la composition familiale, de l'âge du membre, du régime obligatoire d'assurance maladie (régime général, régime Alsace-Moselle, régime spécial ou régime luxembourgeois) et du lieu de résidence au moment de l'appel de cotisation annuel. A cette cotisation peuvent s'ajouter, le cas échéant, celles dues au titre de contrats collectifs souscrits par la Mutuelle au bénéfice de ses membres, en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ainsi que tous accessoires prévus par toute convention, ou par la législation et la réglementation en vigueur, tels que les impôts et les taxes. Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de 23 euros. La cotisation est payable en une seule fois par chèque bancaire ou postal ou par virement, selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion.

#### ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS

La cotisation est déterminée par tranche d'âge ou millésime selon les garanties. 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.

L'âge de référence correspond à l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année N-1.

#### ARTICLE 5-3 – 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)                      | - couple : deux adultes               |
| - 1 assuré(e) + 1 enfant à charge  | - couple + 1 enfant à charge          |
| - 1 assuré(e) + 2 enfants à charge | - couple + 2 enfants à charge         |
| - 1 assuré(e) + 3 enfants à charge | - couple + 3 enfants et plus à charge |

Pour l'ensemble des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du troisième enfant et des suivants, régulièrement inscrits à La Mutuelle Familiale.

Pour les garanties de la gamme SANTÉHO, douze tranches d'âge sont instaurées :

- |                   |                  |                  |
|-------------------|------------------|------------------|
| - moins de 19 ans | - de 50 à 59 ans | - de 75 à 79 ans |
| - de 20 à 29 ans  | - de 60 à 64 ans | - de 80 à 84 ans |
| - de 30 à 39 ans  | - de 65 à 69 ans | - de 85 à 89 ans |
| - de 40 à 49 ans  | - de 70 à 74 ans | - 90 ans et plus |

Pour la garantie COMPLÉTO, sept tranches d'âge sont instaurées :

- |                   |                  |                  |
|-------------------|------------------|------------------|
| - moins de 19 ans | - de 40 à 49 ans | - 70 ans et plus |
| - de 20 à 29 ans  | - de 50 à 59 ans |                  |
| - de 30 à 39 ans  | - de 60 à 69 ans |                  |

Pour les garanties de la gamme MINE, la structure des cotisations tient compte du régime de sécurité sociale d'affiliation et de la composition familiale :

- famille mineur
- famille veuve mineur

Pour les garanties de la gamme FRONTEA, quinze tranches d'âge sont instaurées :

- |                         |                  |                |
|-------------------------|------------------|----------------|
| - enfant jusqu'à 15 ans | - de 36 à 40 ans | de 61 à 65 ans |
| - de 16 à 19 ans        | - de 41 à 45 ans | de 66 à 70 ans |
| - de 20 à 25 ans        | - de 46 à 50 ans | de 71 à 75 ans |
| - de 26 à 30 ans        | - de 51 à 55 ans | de 76 à 80 ans |
| - de 31 à 35 ans        | - de 56 à 60 ans | plus de 80 ans |

Pour les garanties de la gamme LMF SANTE, seize tranches d'âge sont instaurées :

- |                          |                |                |                  |
|--------------------------|----------------|----------------|------------------|
| - Enfants jusqu'à 19 ans | - de 41-45 ans | - de 66-70 ans | - plus de 90 ans |
| - de 20-25 ans           | - de 46-50 ans | - de 71-75 ans |                  |
| - de 26-30 ans           | - de 51-55 ans | - de 76-80 ans |                  |
| - de 31-35 ans           | - de 56-60 ans | - de 80-85 ans |                  |
| - de 36-40 ans           | - de 61-65 ans | - de 85-90 ans |                  |

Pour les garanties de la gamme Campus, la cotisation retenue est unique au sein de chaque garantie composant la gamme :

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| - 6 € par mois pour Campus 1    | - 35,5 € par mois pour Campus 4 |
| - 12 € par mois pour Campus 2   | - 49,5 € par mois pour Campus 5 |
| - 27,5 € par mois pour Campus 3 |                                 |

Pour les garanties de la gamme TERREA, seize tranches d'âge sont instaurées :

- |                           |                |                  |
|---------------------------|----------------|------------------|
| - Enfants jusqu'à 19 ans* | - de 41-45 ans | - de 71-75 ans   |
| - moins de 20 ans         | - de 46-50 ans | - de 76-80 ans   |
| - de 21-25 ans            | - de 51-55 ans | - de 81-84 ans   |
| - de 26-30 ans            | - de 56-60 ans | - 85 ans et plus |
| - de 31-35 ans            | - de 61-65 ans |                  |
| - de 36-40 ans            | - de 66-70 ans |                  |

Pour les garanties de la gamme SOLEC, neuf tranches d'âge sont instaurées :

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| - Enfants jusqu'à 19 ans* | - de 50 à 59 ans    |
| - moins de 20 ans         | - de 60 à 69 ans    |
| - de 20 à 29 ans          | - de 70 à 79 ans    |
| - de 30 à 39 ans          | - de 80 ans et plus |
| - de 40 à 49 ans          |                     |

\* jusqu'à 28 ans sous réserve de remplir les conditions définies à l'article 6-1 des statuts

Pour l'ensemble des garanties individuelles fermées, douze tranches d'âges sont instaurées :

- |                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|
| - de 16 à 24 ans | - de 50 à 59 ans | - de 75 à 79 ans |
| - de 25 à 29 ans | - de 60 à 64 ans | - de 80 à 84 ans |
| - de 30 à 39 ans | - de 65 à 69 ans | - de 85 à 89 ans |
| - de 40 à 49 ans | - de 70 à 74 ans | - 90 ans et plus |

## ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS

### ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est annuel. Les membres participants s'acquittent de son montant par chèque, carte ou virement bancaire. La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, le montant de la cotisation annuelle peut être réglé par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

Le règlement de la cotisation est nécessairement effectué par le biais d'un compte bancaire ou d'un instrument de paiement ouvert ou délivré par un organisme financier domicilié, enregistré ou établi dans l'Espace Economique Européen.

La cotisation doit alors être réglée aux dates et 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.

La proratisation des cotisations est applicable dans les relations entre la Mutuelle et le membre participant.

Le dispositif de proratisation tient nécessairement compte des dates d'entrée et sortie du contrat en cours de mois pour le membre participant et, le cas échéant, pour ses ayants droit.

Dans ce cadre, le calcul de la cotisation mensuelle est effectué au 30ème du mois, quel que soit le nombre de jours dans le mois. Son montant est le produit des facteurs suivants : cotisation exprimée en mois plein et nombre de jours de présence sur le contrat, rapporté à la valeur de 30.



Les garanties d'assistance intégrées au présent contrat bénéficient des mêmes mesures.

#### ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre. 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 au plus tôt 10 jours après la suspension de cette dernière. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai 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 6-3 – FRAIS D'IMPAYÉS

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

## TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS

### ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

#### ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT

La nature, les montants et taux des prestations garanties figurent au tableau des prestations ci-annexé, faisant partie intégrante du présent règlement. Les prestations délivrées par la Mutuelle dépendent de la garantie choisie. 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 la garantie choisie.

Les prestations non consommées, dans le cadre de l'année d'adhésion, ne font l'objet d'aucun report.

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.

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et au Luxembourg, lorsque la garantie souscrite le prévoit et dans les conditions prévues au règlement de la garantie en annexe. Les frais engagés hors de France ou hors du Luxembourg sont pris en charge sous réserve que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ou luxembourgeois et dans les limites prévues par le présent règlement. Le remboursement de la Mutuelle intervient alors en complément de celui du régime obligatoire français, sur présentation :

- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge de l'adhérent exprimé en euros, lors d'un séjour dans un pays de l'EEE (Espace Économique Européen),
- du décompte du régime obligatoire français ou luxembourgeois lors d'un séjour dans un pays hors espace économique européen,
- pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément pris en charge par la garantie de l'adhérent, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, traduite en français le cas échéant, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

#### ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES

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

- le membre participant,
- ses ayants droit, tels que définis par l'article 6-1 des statuts, inscrits sur le bulletin d'adhésion.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

#### ARTICLE 7-3 – 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 la date d'effet sont remboursables :

- pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire d'assurance maladie ; la date de référence étant la date de soins mentionnée sur ce décompte,
- pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte d'assurance maladie; 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 7-4 – CESSATION DES DROITS

Les droits du membre et de ses bénéficiaires cessent dans les conditions décrites à l'article 4-4 du présent règlement.

## ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie françaises, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'assurance maladie française 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 pour les assurés sociaux français, sauf refus exprès du membre participant.

Il appartient, néanmoins, à l'adhérent de s'assurer de son fonctionnement, au travers du remboursement de ses frais de soins de santé.

Pour les adhérents ayant déjà profité de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après demande de radiation du précédent organisme complémentaire, formulée par l'adhérent concerné, auprès du Régime obligatoire d'assurance maladie.

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

La télétransmission ne peut trouver à s'appliquer en cas de soins effectués au Luxembourg

## ARTICLE 7-6 – 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 obligatoire d'assurance maladie envoyés par l'adhérent ainsi que des originaux des factures acquittées. Les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant de l'adhérent ou, à sa demande, sur le compte courant de son ayant droit de plus de 16 ans, ou à défaut par lettre chèque nominative adressée à son domicile.

L'adhérent est informé des prestations versées par l'envoi semestriel d'un bordereau récapitulatif. Il lui appartient de vérifier que les remboursements sont bien effectués. Les adhérents ont deux ans à compter de la date de soins pour demander le remboursement de leurs soins auprès de la mutuelle, conformément aux règles de prescription.

Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné.

En application des articles 1347 et suivants du code civil et dans un souci de bonne exécution du contrat mutualiste, la compensation est applicable dans les relations entre l'Adhérent et la Mutuelle.

A ce titre, les prestations versées par la Mutuelle peuvent être compensés avec les cotisations non réglées, sans préjudice des stipulations prévues à l'article 6-2.

La compensation est opérée à due concurrence des sommes respectivement dues.

## ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS

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

## ARTICLE 7-8 – 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 la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires.

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, sur les garanties obligatoirement prises en charge au titre des contrats responsables, les assurés peuvent bénéficier du mécanisme de tiers au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Lorsque la Mutuelle n'a pas signé de convention avec le professionnel de santé, la mise en œuvre du tiers payant est subordonnée à l'acceptation du professionnel de santé.

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 de Tiers payant à la Mutuelle. Toute utilisation de la carte de tiers payant pendant une de ces périodes est frauduleuse. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

## ARTICLE 7-9 – 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.

**Les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie et les factures acquittées doivent être remis dans un délai maximum de deux ans 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 la date de soins figurant au document justificatif.**

## TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du contrat mutualiste est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du participant, que du jour où La Mutuelle Familiale en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation. Le recommandé électronique doit être envoyé par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'adresse suivante : [courrierAR@mutuelle-familiale.fr](mailto:courrierAR@mutuelle-familiale.fr)
- 

### ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

La Mutuelle Familiale s'engage à respecter les dispositions légales et réglementaires prévues par la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et par le Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016.

Dans le cadre de ses missions, La Mutuelle Familiale est amenée à recueillir et traiter des données à caractère personnel sur le fondement de l'exécution du contrat pour les finalités suivantes :

- L'exercice du devoir de conseil impliquant le recueil des besoins exprimés par l'assuré
- La passation, la gestion et l'exécution du contrat
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations
- La gouvernance de la Mutuelle.

Ces données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale avec l'accord de ses membres participants.

Ces données sont destinées à la Mutuelle, aux éventuels délégataires de gestion, réassureurs et partenaires, le cas échéant.

Chaque adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les données le concernant. Ce droit s'exerce auprès du Délégué à la Protection des Données par courrier postal à l'adresse suivante : 52 rue d'Hauteville, 75010 Paris ou sur l'adresse mail : [donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr](mailto:donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr).

L'adhérent a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL, 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

Plus d'informations sur [www.mutuelle-familiale.fr/politique-de-confidentialite](http://www.mutuelle-familiale.fr/politique-de-confidentialite).

### ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION

#### ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION

La Mutuelle Familiale met en œuvre tous les moyens nécessaires pour satisfaire les demandes de ses membres via son réseau de conseillers mutualistes et de gestionnaires.

Les membres participants peuvent néanmoins en cas d’insatisfaction formuler une réclamation en écrivant au service demandes adhérents :

- soit par courriel à [reclamations@mutuelle-familiale.fr](mailto:reclamations@mutuelle-familiale.fr),
- soit par voie postale à l’attention de : La Mutuelle Familiale – Service demandes adhérents –52, rue d’Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

Le membre recevra accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de sa réception, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, l’adhérent recevra une réponse du Service réclamations et qualité adhérent au plus tard 2 mois après la date de réception de sa demande.

#### ARTICLE 10-2 – MÉDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d’un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>;
- soit par voie postale à l’attention de :

*Monsieur le médiateur de la Mutualité Française,*  
FNMF  
255 rue de Vaugirard,  
75719 Paris Cedex 15.

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine, sauf demande complexe.

Si le réclamant n’est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l’action en justice pendant la durée de la médiation.

## TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES

### ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES

#### ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE

La Mutuelle Familiale offre à l’ensemble de ses adhérents individuels, une prestation additionnelle à leur garantie frais de santé, intitulée : « Solidarité familiale ».

Cette prestation offre la possibilité aux membres participants de faire bénéficier leurs ayants-droit, régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, de 10 jours de chambre individuelle, tout au plus, en cas d’hospitalisation ; ces jours ne devant pas avoir été consommés au titre de l’année d’adhésion.

Cette demande, réalisée par écrit, doit être adressée au Service Prestations de la Mutuelle Familiale, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

#### ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS

Les réseaux de soins favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. A ce titre, la Mutuelle Familiale a conclu une convention avec le réseau KALIVIA, en vue de faire bénéficier ses membres participants de la qualité des services et prestations de celui-ci. Les membres participants ont le libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé auquel ils souhaitent recourir et demeurent égaux aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

La Mutuelle Familiale tient à votre disposition sur simple demande les modalités de ce conventionnement.

Ce service n’est pas disponible pour les soins effectués au Luxembourg.

### ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT

#### ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE

Conformément à l’article L. 221-3 du code de la mutualité, des garanties d’assistance vie quotidienne sont souscrites par la Mutuelle au bénéfice de l’ensemble de ses membres participants (sauf adhérents COMPLETEO). Ces garanties intégrées aux contrats santé sont assurées par Filassistance international, entreprise régie par le code des assurances, sise 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX, n° RCS 433 012 689.

En tout état de cause, 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.

#### ARTICLE 12-2 – 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 –341737062 RCS Paris, régies par le Code des assurances – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.
- SA MFPrévoyance, filiale du groupe CNP Assurances – 507648053 Paris, régie par le Code des assurances – 62 Rue Jeanne d’Arc – 75640 Paris cedex 13.
- SA OCIRP VIE -339688608RCSParis, régie par le Code des assurances – 10, rue Cambacérès - 75008 PARIS.
- MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE -RNM 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil-74960 CRAN– GEVRIER
- MUTUELLE DE FRANCE PRÉVOYANCE – 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 PRÉVOYANCE, RNM 388 818 908, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité –1 rue Pierre Charreau – Les Diversités - 33000 BORDEAUX.

#### ARTICLE 12-3 – 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.

#### ARTICLE 12-4 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES

Selon la garantie santé souscrite, une garantie frais d’obsèques à titre facultatif peut bénéficier aux membres participants.

Cette prestation est assurée par l’un des partenaires suivants de la Mutuelle Familiale :

- MFPrévoyance, entreprise régie par le code des assurances, sise 62, rue Jeanne d’Arc - 75640 PARIS Cedex 13, n° RCS 507 648 053 ;
- Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, sise 39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier - CS 99050 - 74992 Annecy Cedex 9, INSEE n°337 682 660.

La garantie Frais d’obsèques peut également bénéficier aux membres honoraires de la Mutuelle. Dans ce cas, cette prestation est assurée par MFPrévoyance.

En tout état de cause, cette prestation n’est déclenchée qu’avec l’accord préalable du prestataire concerné qui en apprécie son application. Ses conditions d’application font l’objet, conformément aux dispositions légales, d’une notice d’information spécifique.

#### ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ

Une prime de fidélité correspondant à un mois de cotisation bénéficie aux adhérents ayant atteint 40 ans d’ancienneté à la Mutuelle Familiale. Cette prime, déduite en une seule fois ne s’applique que lorsque l’adhérent est membre de La Mutuelle Familiale, l’année suivant celle de son 40ème anniversaire d’adhésion, sans rétroactivité pour les adhérents ayant dépassé ce cap au sein d’une mutuelle ayant fusionné avec La Mutuelle Familiale.

#### ARTICLE 14 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution(ACPR), située au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Le présent règlement mutualiste est complété des annexes associées aux garanties souscrites. Ces documents sont disponibles sur le site Internet [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr). Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.