

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 2 décembre 2025

Table des matières

Préambule.....	4
TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE	4
ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE	4
ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE.....	4
ARTICLE 1-2 – MODALITÉS D’ADHÉSION	4
ARTICLE 1-3 – PRISE D’EFFET DE L’ADHÉSION ET DES GARANTIES	4
ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L’ADHÉSION	4
ARTICLE 1-5 – CHAMP D’APPLICATION DES GARANTIES	5
ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D’ADHÉSION À DISTANCE OU PAR VOIE DE DÉMARCHAGE.....	6
ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE À L’INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT.....	7
ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE.....	7
ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE ET/OU D’OPTION	7
ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE À L’INITIATIVE DE LA MUTUELLE	8
ARTICLE 4 – MODALITÉS DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE.....	8
ARTICLE 4-1 – SUSPENSION	8
ARTICLE 4-2 – DÉMISSION	8
ARTICLE 4-3 – RADIATION.....	8
ARTICLE 4-4 – CONSÉQUENCES	10
TITRE II – COTISATIONS.....	10
ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS	10
ARTICLE 5-1 – MODE DE CALCUL DE LA COTISATION	10
ARTICLE 5-2 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS	11
ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	12
ARTICLE 6-1 – MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS	12
ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION	12
ARTICLE 6-3 – INCIDENT DE PAIEMENT	13
TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS	13
ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENTDES PRESTATIONS.....	13
ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT	13
ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES.....	13
ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS.....	14
ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS.....	14
ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION.....	14
ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE.....	14
ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS.....	15
ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT	15
ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT	15
ARTICLE 7-10 – FORCLUSION	15
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	15
ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	15
ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	16
ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION.....	16
ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION	16
ARTICLE 10-2 – MÉDIATION.....	17
TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES	17
ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES	17
ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITÉ FAMILIALE	17
ARTICLE 11-2 – RÉSEAU DE SOINS	17

ARTICLE 12 – GARANTIES NON RÉGIES PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT	17
ARTICLE 12-1 – GARANTIES D'ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE.....	17
ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE	18
ARTICLE 13 – SERVICES ASSOCIÉS AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	18
ARTICLE 13-1 – SERVICES ASSOCIÉS.....	18
ARTICLE 13-2 – PRÉVENTION.....	18
ARTICLE 14 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ.....	19
ARTICLE 15 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	19
ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE	19
ANNEXE – LMF Santé Senior	20

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 ou honoraire 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 présent 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.

Le présent règlement mutualiste est adopté par le Conseil d'administration de la Mutuelle Familiale dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

ARTICLE 1-2 – MODALITÉS D'ADHÉSION

Toute personne physique résidant habituellement en France et affiliée à un régime d'Assurance maladie obligatoire français, ou luxembourgeois, peut adhérer à la Mutuelle, pour elle-même et/ou ses ayants droit (tels que définis à l'article 6.1 des Statuts de la Mutuelle), en lui retournant complété et signé un bulletin d'adhésion, conformément à l'article 7 des Statuts. L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion le niveau de garantie choisi.

L'adhérent s'engage à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites. La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par le tableau de garanties ainsi que par les éventuelles notices et/ou fiches d'information transmises.

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

Toute personne qui fait acte d'adhésion acquiert ainsi la qualité de membre participant ou de membre honoraire. 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 ET DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses éventuels ayants droit prend effet à la date indiquée sur le 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'envoi du bulletin d'adhésion par voie postale, la garantie prend effet au plus tôt le jour de la réception du dossier complet par la Mutuelle (cachet de la poste faisant foi) et sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées au présent règlement.

En cas d'adhésion en cours de mois, la cotisation mensuelle est déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion.

ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} 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^{er} septembre de chaque année.

ARTICLE 1-5 – CHAMP D'APPLICATION DES 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 Santé 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'effet d'adhésion à la gamme.

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. Le renfort du pack hospitalisation est soumis à un délai d'attente de 2 mois qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion au renfort.

La gamme LMF Santé Senior est composée :

- De deux niveaux de garanties non responsables : LMF Santé Senior NR1, LMF Santé Senior NR2 ;
- De cinq niveaux de garanties responsables : LMF Santé Senior 1, LMF Santé Senior 2, LMF Santé Senior 3, LMF Santé Senior 4, LMF Santé Senior 5.

La gamme LMF Santé Senior est dédiée aux personnes âgées de 55 ans et plus.

Une annexe au présent règlement mutualiste précise les dispositions spécifiques applicables à la gamme LMF Santé Senior. Elle est remise aux adhérents et peut être communiquée à tout moment sur simple demande auprès de nos services.

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

Les garanties des gammes TERREA, SOLEC et LMF TERRI 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 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, travaillant au Luxembourg et affiliées à ce titre à la Caisse nationale de santé (CNS).

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 AS2 à AS4
- La gamme BS comprenant les garanties BS1 à BS3
- La gamme CS comprenant les garanties CS2 et CS4
- La gamme DS comprenant les garanties DS1 à DS3
- La gamme ES comprenant les garanties ES1 et ES2
- La gamme FS comprenant les garanties FS1 à FS4
- La garantie GS3
- La garantie IS1
- La garantie KS1
- La gamme MS comprenant les garanties MS1 et MS4
- La garantie NS2
- La garantie OS1
- La garantie RS2
- La garantie SS2
- La garantie AAS3

La garantie 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 et NOVA OPTIQUE + sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

La garantie OMÉGA O2 est fermée à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties MDM Option 1, MDM Option 2, MDM Option 3 et MDM Option AZUR de l'offre Classique sont fermées à la

commercialisation à effet du 31 décembre 2022.

Les garanties MDM Option 1 et MDM Option AZUR peuvent être complétées par trois renforts (pack pharmacie, pack hospitalisation et pack dépassements d'honoraires). Ces garanties optionnelles permettent au membre participant de renforcer le niveau de ses remboursements. Le renfort du pack hospitalisation est soumis à un délai d'attente de 2 mois qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion au renfort.

Les garanties MDM Option Jeune Base et MDM Option Jeune Plus de l'offre Jeunes sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2022.

Les garanties MDM Option TNS et MDM Option CGR1 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2022.

Les garanties des gammes CNM - Garantie 1 à Garantie 6 ainsi que les garanties CNM – Garantie PAS 1 à Garantie PAS 2 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2021.

Les garanties des gammes CNM Territoriaux Garantie SANTE S et CNM Territoriaux Garantie SANTE S+ sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2021. Ces garanties frais de santé sont labellisées et s'adressent exclusivement aux agents 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.

Ces garanties labellisées en frais de santé comprennent des garanties de prévoyance, non labellisées, qui sont complémentaires à la protection sociale de base des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, et couvrent à minima la couverture du risque incapacité de travail. Ces garanties de prévoyance sont assurées par un organisme assureur agréé pour cette activité.

Une Notice d'information définissant l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur, le contenu des garanties de prévoyance ainsi que les conditions d'application est remise à l'Adhérent.

ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE OU PAR VOIE DE DÉMARCHAGE

L'Adhérent(e) principal peut renoncer à son adhésion à une garantie frais de santé relevant du présent règlement mutualiste sous certaines conditions.

- En cas d'adhésion à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à une garantie frais de santé relevant du présent règlement mutualiste, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- Soit à compter du jour où l'adhérent(e) principal reçoit les conditions contractuelles et les informations précontractuelles, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

- En cas d'adhésion par voie de démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à une garantie frais de santé relevant du présent règlement mutualiste, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Toute demande de renonciation doit être notifiée à la Mutuelle :

- 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 demande d'avis de réception à : courrierAR@mutuelle-familiale.fr.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse de résidence, n° adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], conclu le [date de l'adhésion]. Date et signature ».

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande par la Mutuelle. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque l'Adhérent principal 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, l'Adhérent principal 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 rembourse à l'Adhérent principal le solde des sommes versées au plus tard dans les trente (30) jours suivants la date de fin d'adhésion.

ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE À 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 ET/OU D'OPTION

1. *Dispositions générales*

La garantie et/ou l'option choisie par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile ou universitaire (du 1^{er} septembre d'une année N au 31 août d'une année N+1).

Pour le membre participant ayant moins d'un an d'ancienneté, un changement de garantie et/ou d'option 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 du présent règlement mutualiste.

Passé le délai d'un an à compter de la souscription de la garantie et/ou de l'option, le membre participant peut solliciter, à tout moment, un changement de sa garantie et/ou d'option vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit.

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie et/ou d'option doit en faire la demande à la mutuelle.

Cette demande pourra faire l'objet d'une étude des besoins de l'adhérent et donne lieu soit au maintien de la garantie/option existante en l'état, soit à la souscription de la nouvelle garantie/option choisie par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion par le membre participant.

Les demandes de changement de garantie et/ou d'option (ajout ou suppression) ne peuvent dépasser une demande par date d'anniversaire du contrat.

Tout changement de garantie et/ou d'option a pour effet la résiliation de la garantie/option en cours et la souscription de la nouvelle garantie/option. Ce changement prendra effet à compter du premier jour du mois suivant la demande du membre participant et au plus tard à la date d'effet indiquée sur le nouveau bulletin d'adhésion.

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

Pour tout changement de garantie, un nouveau bulletin adhésion est complété et signé par le membre participant.

2. *Dispositions spécifiques*

Par exception, un changement de garantie est possible à tout moment, sans condition d'ancienneté, pour les agents et les retraités des collectivités territoriales souhaitant bénéficier d'une garantie labellisée 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.

Cette exception s'applique uniquement aux agents et retraités des collectivités territoriales ne bénéficiant pas déjà d'une garantie labellisée proposée par la Mutuelle.

Pour les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, le changement de garantie pourra s'effectuer vers une autre offre ouverte à la souscription, qu'elle soit labellisée ou non.

Dans ce dernier cas, le membre participant ne pourra plus bénéficier de la participation de la collectivité publique employeur.

Pour tout changement de garantie et/ou de niveau de garantie, un nouveau bulletin d'adhésion est complété et signé par le membre participant.

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

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 présent 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 prévisible des dépenses de soins de santé et des modifications d'ordre législatives, réglementaires, fiscales ou encore de modifications des conventions entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé impactant 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 à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions et de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 4 – MODALITÉS 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 de l'organisme d'Etat en charge de l'emploi en France ou au Luxembourg. 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 du membre participant

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. Radiation pour modification du risque

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion et lorsque la situation nouvelle ne permet plus le versement de prestations au titre des garanties souscrites, il pourra être mis fin à l'adhésion par chacune des parties dans les trois mois suivant la date de survenance d'un des évènements suivants ou de la date de sa révélation :

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

Il peut également être mis fin à l'adhésion en cours d'année dans les cas particuliers suivants :

- en cas de perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par le membre participant,
- adhésion à un contrat collectif obligatoire (sur présentation d'une attestation d'appartenance à un contrat collectif obligatoire),
- bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS) par le membre participant.

La radiation est réalisée par lettre ou par courriel précisant la nature et la date de l'événement 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 s'agissant de la CSS où la date prise en compte est celle de la survenance de l'évènement. La partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la démission, sera remboursée à l'adhérent.

3. Radiation pour 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 écrit, par lettre ou sur tout support durable moyennant un délai de préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours. La radiation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Toutefois, par dérogation et sous réserve de produire les justificatifs correspondants, le membre participant peut demander la radiation d'un ayant-droit en cours d'année, à tout moment, pour les cas suivants :

- en cas de changement de la situation familiale en raison d'une séparation ou d'un divorce, ou d'un mariage,
- en cas de décès de l'Ayant droit,
- lorsque l'enfant Ayant droit n'est plus à la charge de l'adhérent (départ du foyer fiscal),
- en cas de bénéfice d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire en qualité soit d'Adhérent principal soit d'Ayant droit,
- si l'Ayant droit bénéficie de la complémentaire santé solidaire (CSS),
- en cas de souscription d'un contrat individuel auprès de la mutuelle,
- en cas de perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français ou luxembourgeois de l'Ayant droit.

Cette radiation sera effective à compter de la date de réception par la Mutuelle 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 ce qui concerne le membre participant et les autres bénéficiaires nommément désignés à la garantie.

ARTICLE 4-4 – CONSÉQUENCES

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 démission, radiation et exclusion de l'adhésion entraîne la perte de l'ancienneté acquise à la Mutuelle. La suspension des garanties n'entraîne pas la perte de l'ancienneté acquise à la Mutuelle.

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

TITRE II – COTISATIONS

ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS

ARTICLE 5-1 – MODE DE CALCUL DE LA COTISATION

1. *Dispositions générales*

Les cotisations sont calculées en tenant compte du niveau de garanties souscrit, de la composition familiale, de l'âge de l'Adhérent principal et de l'âge atteint par ses éventuels ayants droit inscrits au contrat au 31 décembre de chaque année, 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.

Toute modification en cours d'année, d'un des critères mentionnés ci-dessus, pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieure s'effectue au 1^{er} janvier de l'année qui suit la date anniversaire de l'âge de référence du membre participant ainsi que celui de ses éventuels ayants droit. L'âge de référence correspond à l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année N-1.

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.

En cas de modification de la composition du foyer en cours de contrat (par exemple : naissance d'un enfant, décès d'un ayant droit, etc...), le montant des cotisations s'en trouvera modifié à compter de la date de l'événement concerné, sous réserve de la transmission des pièces justificatives correspondantes à la Mutuelle.

De même, les cotisations peuvent également faire l'objet d'une révision à tout moment, notamment en cas de modification de la législation de la Sécurité sociale entraînant une modification des engagements de la Mutuelle (tarif de responsabilité, conditions de remboursement et de prise en charge...) ou en cas d'évolution de la législation fiscale ou sociale applicable.

Ces modifications sont applicables à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions et de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

2. *Dispositions spécifiques aux garanties santé labellisées*

2.1 *Modalités de versement de la participation par la collectivité territoriale ou de l'établissement public*

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics est versée uniquement au titre des garanties du risque « santé ». Cette participation constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, versée directement aux agents qui sont seuls tenus à l'égard de la Mutuelle au paiement de la cotisation annuelle selon les modalités déterminées à l'article 6 du présent règlement mutualiste.

2.2 *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 publication de ce décret, la cotisation « frais de santé » acquittée par le membre participant pour sa couverture et 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 le décret du 8 novembre 2011 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 de 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.

2.3 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 garantie comparable, compte tenu d'éventuelles pénalités.

2.4. Garantie de prévoyance en inclusion

Les cotisations de prévoyance sont déterminées en fonction, soit d'une cotisation forfaitaire exprimée en euro, soit d'un taux appliqué sur une assiette de calcul de cotisations. L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence à la rémunération des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics telle que fixée dans la notice d'information afférente à l'organisme assureur agréé pour cette activité.

ARTICLE 5-2 – 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 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 |

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 81-85 ans | |
| - de 36-40 ans | - de 61-65 ans | - de 86-90 ans | |

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

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 les garanties de la gamme LMF TERRI, quatorze tranches d'âge sont instaurées :

- Enfants jusqu'à 19 ans*	- de 41 à 45 ans	- de 66 à 70 ans
- de 16 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	- 81 ans et plus
- de 36 à 40 ans	- de 61 à 65 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 – MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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 est payable à l'adhésion.

Cette cotisation peut toutefois être réglée par fractionnement mensuel, par chèque, par virement bancaire ou par prélèvement automatique, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé. **Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.** Les cotisations sont dues à terme à échoir.

Lorsque le règlement de la cotisation intervient par prélèvement automatique, celui-ci 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 être réglée aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle à l'adhérent.

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 de 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.

Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de 23 euros par prélèvement automatique, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Conformément à l'article L. 221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement de la 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 peut être suspendue trente (30) jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation.

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 dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours mentionné ci-dessus. 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 suspendue mais non résiliée reprend, pour l'avenir, ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été 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.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

ARTICLE 6-3 – INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du paiement notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

En cas de rejet de prélèvement automatique, des frais de rejet pourront être imputés sur le compte cotisant de l'adhérent principal.

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, 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 tableau des prestations de la garantie choisie. 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.

Conformément à l'article 1302-1 du code civil, le membre participant et/ou son ayant-droit qui reçoit par erreur ou sciemment une prestation qui ne lui est pas due, s'engage à rembourser l'intégralité du montant correspondant à la Mutuelle, à première demande.

En cas de silence ou de refus, la Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

La Mutuelle pourra également, sans que le membre participant puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS

A compter de la date d'adhésion, tous les actes décrits dans le tableau des garanties, 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 est 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

1. *Dispositions générales*

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 bancaire 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 compensées 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.

2. *Dispositions spécifiques aux garanties santé labellisées*

- Modalités de versement de la participation par la collectivité territoriale ou par l'établissement public

La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics est versée au titre des garanties du risque « santé ». Cette participation constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, versée directement aux agents qui sont seuls tenus à l'égard de la Mutuelle au paiement de la cotisation annuelle selon les modalités déterminées à l'article 5-1 du présent règlement mutualiste.

- Perte du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, la mutuelle s'engage à informer, 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.

ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS

1. *Dispositions générales*

Toute demande de remboursement doit être accompagnée des pièces et justificatifs originaux. **La Mutuelle pourra demander toute pièce complémentaire jugée utile au remboursement des prestations. Les justificatifs exigés sont détaillés dans le tableau « Pièces à fournir » consultable depuis votre espace personnel sécurisé, accessible à l'adresse suivante : espace-adherent.mutuelle-familiale.fr**

Les frais liés à l'obtention des justificatifs sont à votre charge.

2. *Dispositions spécifiques aux garanties santé labellisées*

Pour toute nouvelle adhésion, un certificat de l'employeur mentionnant la date d'entrée dans la fonction publique et un justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'agent a souscrit une garantie labellisée sera exigée. Tous les agents territoriaux peuvent adhérer quel que soit leur âge (pas de limite d'âge) et sans aucun délai de carence.

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 – RE COURS 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 7-10 – FORCLUSION

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 PRESCRITTE PAR DEUX ANS À COMPTER DE L'ÉVÈNEMENT 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 OU LA MUTUELLE FAMILIALE EN A EU CONNAISSANCE ;
- EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE, QUE DU JOUR OU 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 OU 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

ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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.

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.

Plus d’informations sur 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 via le formulaire contact disponible sur son Espace Adhérent ou en écrivant au Service Qualité :

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

Le réclamant recevra un accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de l'envoi de sa réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, le réclamant recevra une réponse de nos services dans un délai de 2 mois à compter de la date d'envoi de sa première réclamation écrite, le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale.

ARTICLE 10-2 – MÉDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, dans un délai maximal d'un an après sa réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur, sous réserve que la réclamation relève de sa compétence :

- soit par le dépôt d'une demande 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 SOLIDARITÉ 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 – RÉSEAU 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 KALIXIA, 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 RÉGIES PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT

La Mutuelle Familiale propose, par le biais de contrats collectifs souscrits au bénéfice de ses membres ou en intermédiation, des garanties qu'elle n'assure pas directement. Ces garanties bénéficient directement à ses adhérents par inclusion au contrat mutualiste, ou elles peuvent être souscrites par les adhérents en adjonction d'une garantie proposée par La Mutuelle Familiale.

ARTICLE 12-1 – GARANTIES D'ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

Des garanties d'assistance vie quotidienne sont incluses dans les garanties frais de santé. Conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité, la Mutuelle a conclu un contrat collectif auprès d'une entreprise d'assurance agréée pour cette activité.

L'adhésion à ces garanties est obligatoire pour l'ensemble de ses membres participants (sauf adhérents COMPLETO). Une cotisation est due au titre de ces garanties d'assistance vie quotidienne.

Une Notice d'information définissant l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur, le contenu des garanties d'assistance vie quotidienne et ses conditions d'application est remise à l'Adhérent.

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.

ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE

1. À adhésion obligatoire

Selon la garantie frais de santé souscrite, les Adhérents et leurs Ayants droit rattachés au contrat bénéficient de garanties de prévoyance en inclusion. Conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité, la Mutuelle a conclu un contrat collectif auprès d'un organisme d'assurance agréé pour cette activité. Selon la garantie frais de santé souscrite, l'adhésion à ses garanties de prévoyance est obligatoire, et une cotisation est due au titre de celles-ci.

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

Une Notice d'information définissant l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur, le contenu des garanties de prévoyance et ses conditions d'application est remise à l'Adhérent.

Lorsqu'une garantie de prévoyance est incluse dans une garantie frais de santé labellisée, aucune participation de l'employeur public ne sera versée au titre de celle-ci, puisque la garantie de prévoyance n'est pas labellisée. Seule la garantie frais de santé labellisée souscrite pourra faire l'objet d'une participation de l'employeur public au bénéfice des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

2. À adhésion facultative

Les Adhérents et leurs Ayants droit peuvent souscrire à des garanties de prévoyance. La Mutuelle a conclu un partenariat auprès d'un organisme d'assurance agréé pour cette activité. L'adhésion à ses garanties de prévoyance est facultative, et une cotisation est due au titre de celles-ci.

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

Une Notice d'information définissant l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur, le contenu des garanties de prévoyance et ses conditions d'application est remise à l'Adhérent.

ARTICLE 13 – SERVICES ASSOCIÉS AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 13-1 – SERVICES ASSOCIÉS

Selon la formule de garantie frais de santé souscrite, les Adhérents et leurs Ayants droit rattachés au contrat bénéficient des services retenus par la Mutuelle.

En complément des garanties frais de santé, la mutuelle met à disposition de ses membres participants et le, cas échéant, de leurs ayants droit, un service de téléconsultation médicale. Ce service permet de bénéficier de consultations médicales à distance dans le cadre autorisé par le Code de la Santé Publique. La mutuelle met également à disposition de ses membres participants, en complément des garanties frais de santé, une Plateforme d'entraide et d'information pour les patients atteints de maladies rares et /ou chroniques.

Selon la garantie frais de santé souscrite, la Mutuelle permet à ses membres participants, ainsi que ses éventuels ayants droit, de bénéficier d'un service accompagnement dans le cadre d'un retour à domicile post-hospitalisation, en France métropolitaine, sous réserve d'avoir obtenu au préalable une prise en charge hospitalière par la Mutuelle.

Une Fiche d'information définissant l'identité et les coordonnées de ses partenaires, le contenu des services et leurs conditions d'application est remise à l'Adhérent.

ARTICLE 13-2 – PRÉVENTION

La Mutuelle mène des actions de prévention sous des formes diverses dans le cadre d'une politique et d'un budget définis chaque année par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'administration.

Les Adhérents sont informés de ces actions par tout moyen à la convenance de la Mutuelle (site internet, revue d'informations périodiques de la Mutuelle, insertion dans la presse...).

ARTICLE 14 – 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 15 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle Familiale est tenue au respect de la règlementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme, aux mesures de gel des avoirs et aux mesures de prévention de la corruption.

A ce titre, La Mutuelle a l'obligation de recueillir des informations et/ou de pièces justificatives portant sur son identité, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés) afin d'identifier et de connaître le membre participant, les assurés, les ayants droit ainsi que toute personne à laquelle elle serait amenée à verser des prestations. Les informations recueillies doivent permettre à La Mutuelle de respecter les obligations auxquelles elle est soumise. L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

ARTICLE 16 – 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 <https://www.mutuelle-familiale.fr/>. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.

ANNEXE – LMF Santé Senior

1. Bonus fidélité

Un abondement peut être accordé à tout Adhérent, souscrivant au niveau non responsable « LMF Santé Senior NR2 » ou à l'un des niveaux responsables « LMF Santé Senior 2 à LMF Santé Senior 5 », sous réserve du respect des conditions cumulatives suivantes :

- **Avoir une ancienneté continue et cumulée d'au moins vingt-quatre (24) mois au sein d'un même niveau de garanties à la gamme « LMF Santé Senior » ;**
- Être à jour du paiement de ses cotisations.

L'abondement peut porter, selon le niveau de garanties souscrit, sur les prestations suivantes :

- Chambre particulière en cas d'hospitalisation (**hors frais d'accompagnement**),
- Prothèses dentaires (**hors couronne dentaire transitoire**).

Toutefois, la condition d'ancienneté continue et cumulée d'au moins vingt-quatre (24) mois au sein d'un même niveau de garanties à la gamme « LMF Santé Senior » n'est pas requise pour bénéficier de l'abondement, dans les cas suivants :

- Pour l'**Adhérent ayant une ancienneté continue et cumulée d'au moins vingt-quatre (24) mois à La Mutuelle Familiale, avant son adhésion à la gamme « LMF Santé Senior »**, et sous réserve d'être à jour du paiement de ses cotisations.
- **En cas de décès d'un membre participant, son conjoint ayant droit** pourra bénéficier de l'abondement, sous réserve de son adhésion (via la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion) au niveau non responsable « LMF Santé Senior NR2 » ou à l'un des niveaux responsables « LMF Santé Senior 2 à LMF Santé Senior 5 », et d'être à jour du paiement de ses cotisations.

2. Chambre particulière en cas d'hospitalisation

Un délai d'attente de trois (3) mois est décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion au niveau non responsable « LMF Santé Senior NR2 » ou à l'un des niveaux responsables « LMF Santé Senior 2 à LMF Santé Senior 5 ». **Aucun remboursement de prestation « chambre particulière » n'est dû si une demande de prise en charge intervient durant ce délai d'attente de trois (3) mois.**

Toutefois, ce délai d'attente de trois (3) mois ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Pour l'**Adhérent ayant une ancienneté continue et cumulée d'au moins vingt-quatre (24) mois à La Mutuelle Familiale, avant son adhésion à la gamme « LMF Santé Senior »**, et sous réserve d'être à jour du paiement de ses cotisations,
- **En cas de décès d'un membre participant, son conjoint ayant droit** pourra bénéficier de la prestation chambre particulière sans application du délai d'attente de trois (3) mois, sous réserve de son adhésion (via la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion) au niveau non responsable « LMF Santé Senior NR2 » ou à l'un des niveaux responsables « LMF Santé Senior 2 à LMF Santé Senior 5 », et d'être à jour du paiement de ses cotisations.

3. Garantie en inclusion : Protection juridique

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, la Mutuelle a conclu un contrat collectif auprès d'un organisme assureur agréé afin de mettre à disposition de ses membres participants, en complément des garanties frais de santé « LMF Santé Senior », une garantie de « protection juridique » ayant notamment pour but de les aider et de les renseigner en cas de litige avec un tiers ou en cas de procédure de justice.

L'adhésion à cette garantie est obligatoire pour l'ensemble des membres participants ayant souscrits à la gamme LMF Santé Senior. Une cotisation est due au titre de cette garantie protection juridique.

Une Notice d'information définissant l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur, le contenu de la garantie protection juridique et ses conditions d'application est remise au membre participant.

En tout état de cause, les prestations de protection juridique ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'organisme assureur 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.