MODELE
de reglement mutualiste garantissant le remboursement de frais de sante DANS LE CADRE D’operations individuelles

Fnim
JUIllet 2010

**AVERTISSEMENT**

Le présent modèle est destiné à faciliter la rédaction par les mutuelles de règlements mutualistes garantissant le remboursement de frais médicaux dans le cadre d’opérations individuelles. Il concerne uniquement les mutuelles qui disposent d’un agrément leur permettant d’assurer ce type de garanties.

Il comporte les clauses juridiques indispensables à tout règlement mutualiste. **Néanmoins, ces clauses doivent être adaptées et complétées en fonction de la situation et de la pratique de chaque mutuelle et des garanties qu’elle assure** : ces adaptations font l’objet de commentaires qui apparaissent en couleur :

* bleue : rédaction à adapter ou clause à supprimer selon la situation de chaque mutuelle
* verte : commentaires explicatifs.

En outre, chaque mutuelle devra intégrer toute disposition qui lui est spécifique (par exemple, en cas de garanties souscrites auprès d’un autre organisme assureur).

Ce modèle est la propriété littéraire de la société FROMONT, BRIENS qui a donné l’autorisation à la FNIM de le diffuser auprès de ses mutuelles adhérentes **pour leur usage exclusif**. La FNIM, assistée de la société FROMONT, BRIENS, se tient naturellement à la disposition de chaque mutuelle pour adapter ce modèle à la situation spécifique de chacune.

Enfin, ce modèle est rédigé à une date donnée, en fonction de l’environnement législatif, règlementaire, jurisprudentiel, administratif et doctrinal constaté à cette date. Il faudra naturellement veiller à procéder aux adaptations et modifications rendues indispensables par les évolutions de la règlementation.

Reglement mutualiste
« Frais de santé »
**Operations individuelles**

Mutuelle ………………………………
………………………………………………
………………………………………………

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n°…………….

**Commentaires :** A compléter en indiquant la dénomination et le siège social de la mutuelle, ainsi que son numéro d’immatriculation au Registre National des Mutuelles (RNM).

Il est rappelé que les mentions relatives au Livre II du Code de la Mutualité et au numéro d’immatriculation au RNM doivent obligatoirement figurer dans les statuts, règlements, bulletins d’adhésion et contrats collectifs, ainsi que sur tout document à caractère contractuel ou publicitaire conformément aux articles R.211-1 et R.414-8 du Code de la mutualité.

L’article R.211-1 précise en effet que*: « Toute mutuelle ou union pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance ou de capitalisation est désignée par une dénomination sociale qui doit être suivie par la mention " mutuelle ou union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité ". Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, les règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs de la mutuelle ou de l'union ainsi que dans tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire.*

*Ces documents ne doivent contenir aucune assertion susceptible d'induire en erreur sur la véritable nature de la mutuelle ou de l'union ou l'importance réelle de ses engagements ainsi que sur la nature des contrôles exercés sur celle-ci sur la base des dispositions du présent titre et de celles du livre V ».*

Et l’article R.414-8 indique que*: « Toute mutuelle, union ou fédération indique le numéro d'immatriculation mentionné à l'article R.414-2 dans ses statuts, règlements, contrats, publicités ou tous autres documents concernant son activité et signés par elle ou en son nom ».*

Il convient donc d’indiquer ces mentions dans l’ensemble des documents visés par ces articles*.*

VTSOMMAIRE

[Chapitre 1 GENERALITES 6](#_Toc267945647)

[Article 1 : Objet du reglement 6](#_Toc267945648)

[Article 2 : Modification du reglement 6](#_Toc267945649)

[Article 3 : Informations 7](#_Toc267945650)

[3.1. Obligation d’information préalable de la mutuelle 7](#_Toc267945651)

[3.2. Obligation d’information du membre participant 8](#_Toc267945652)

[Article 4 : Informatique et libertés 9](#_Toc267945653)

[Article 5 : Autorité de contrôle 9](#_Toc267945654)

[Chapitre 2 Adhesion, résiliation, NULLITE 10](#_Toc267945655)

[Article 6 : Adhésion des membres participants 10](#_Toc267945656)

[6.1. Modalités d’adhésion 10](#_Toc267945657)

[6.2. Date d'effet de l’adhésion : 11](#_Toc267945658)

[6.3. Durée de l’adhésion 11](#_Toc267945659)

[6.4. Dispositions particulières en cas de vente à distance 11](#_Toc267945660)

[Article 7 : Résiliation de l’adhésion 12](#_Toc267945661)

[7.1. Résiliation à l’initiative du membre participant 12](#_Toc267945662)

[7.2. Résiliation à l’initiative de la mutuelle pour non paiement des cotisations 13](#_Toc267945663)

[7.3. Résiliations exceptionnelles à l’initiative du membre participant ou de la mutuelle 13](#_Toc267945664)

[7.4. Résiliation à l’initiative de la mutuelle pour fausse déclaration non intentionnelle 14](#_Toc267945665)

[7.5. Résiliation en cas de décès du membre participant 14](#_Toc267945666)

[7.6. Conséquences de la résiliation 14](#_Toc267945667)

[Article 8 : Nullité de l’adhésion pour fausse déclaration intentionnelle 15](#_Toc267945668)

[Chapitre 3 GarantieS frais de santé 16](#_Toc267945669)

[Article 9 : Objet des garanties frais de sante 16](#_Toc267945670)

[Article 10 : Prestations garanties 16](#_Toc267945671)

[10.1. Les prestations garanties sont définies dans le tableau figurant à l’annexe 1 du présent règlement 17](#_Toc267945672)

[10.2. Evolution de la réglementation de l’Assurance Maladie 17](#_Toc267945673)

[10.3. Modifications des prestations garanties à la demande du membre participant 18](#_Toc267945674)

[Article 11 : Bénéficiaires 18](#_Toc267945675)

[11.1. Les membres participants 18](#_Toc267945676)

[11.2. Les ayants droits 18](#_Toc267945677)

[Article 12 : Ouverture du droit aux prestations 20](#_Toc267945678)

[Article 13 : Règlement des prestations 20](#_Toc267945679)

[Article 14 : Contrôle 21](#_Toc267945680)

[Article 15 : Exclusions 21](#_Toc267945681)

[Article 16 : Limite des remboursements : principe indemnitaire 22](#_Toc267945682)

[Article 17 : Subrogation 23](#_Toc267945683)

[Article 18 : Prescription 23](#_Toc267945684)

[Chapitre 4 Cotisations 24](#_Toc267945685)

[Article 19 : Détermination des cotisations 24](#_Toc267945686)

[Article 20 : Impôts et Taxes 24](#_Toc267945687)

[Article 21 : Paiement des cotisations 25](#_Toc267945688)

[Article 22 : Non paiement des cotisations 25](#_Toc267945689)

[Annexe 1 : Tableau des prestations garanties 26](#_Toc267945690)

[Annexe 2 : Tableau des cotisations 27](#_Toc267945691)

* 1. GENERALITES

## **Article 1 : Objet du reglement**

L’objet du présent règlement mutualiste est, en application de l’article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article XXX des statuts de la mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existants entre la mutuelle et chaque membre participant qui adhère à une garantie complémentaire « Frais de santé », dans le cadre d’une opération individuelle.

**Commentaires : Les statuts des mutuelles font très souvent référence aux règlements mutualistes. Il convient de mentionner ici l’article desdits statuts qui visent les règlements mutualistes.**

Il est régi par le Code de la mutualité.

## **Article 2 : Modification du reglement**

Le présent règlement mutualiste peut être modifié par l'assemblée générale de la mutuelle. Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et leur sont opposables, ainsi qu’à leurs ayants droit.

Conformément à l’article XXX des statuts de la mutuelle, l'assemblée générale de la mutuelle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration de la mutuelle. Les décisions prises au titre de cette délégation sont opposables aux membres participants dès qu’elles leur sont notifiées, ainsi qu’à leurs ayants droit. Elles doivent être ratifiées par l'assemblée générale de la mutuelle la plus proche.

**Commentaires :**

**L’article L.114-11 du Code de la mutualité prévoit que l’assemblée générale des mutuelles peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration de la mutuelle, cette délégation n’étant valable que pour un an. En conséquence, les statuts des mutuelles prévoient très souvent cette faculté. Il convient de mentionner ici l’article desdits statuts qui visent cette délégation.**

**Par ailleurs, il est rappelé que le dernier alinéa de l’article L.114-7 du Code de la mutualité prévoit que :**

*« Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été* ***notifiées*** *aux adhérents ».*

**Le I de l’article L.221-5 du Code de la mutualité précise quant à lui que :**

*« Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale d'une mutuelle ou d'une union doit être* ***portée à la connaissance*** *des membres participants et des membres honoraires par la mutuelle ou l'union.*

*Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la* ***notification*** *de celles-ci au membre participant ou honoraire ».*

**Le Code distingue ainsi deux notions : « notification » et « portée à la connaissance ». En pratique, il est possible de préciser dans le règlement mutualiste les modalités de la notification. Chaque mutuelle devra donc adapter cette clause selon sa pratique.**

## **Article 3 : Informations**

### 3.1. Obligation d’information préalable de la mutuelle

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts **(A intégrer le cas échéant :**  et le règlement intérieur**)** de la mutuelle ainsi que le présent règlement mutualiste **ou** une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques de la mutuelle et du membre. **Commentaires : Attention, chaque mutuelle doit vérifier si elle dispose d’un règlement intérieur. Si tel n’est pas le cas, il faut supprimer les mots surlignés en gris.**

**Commentaires généraux : On rappelle que les articles L.114-1 et L.221-4 du Code de la mutualité fixent une procédure d’information pré-contractuelle.**

**L’article L.114-1 prévoit en effet que :**

*« Toute personne qui souhaite être membre d'une mutuelle fait acte d'adhésion, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, et* ***reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle****. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement. Tous actes ou délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chacun des adhérents ».*

**Et l’article L.221-4 précise que :**

*« Pour les opérations individuelles prévues au II de l'article L. 221-2, la mutuelle ou l'union doit avoir remis au membre participant ou futur membre participant,* ***avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.***

*Les statuts et règlements précisent les modalités de modification du contrat.*

*Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise de ces documents, ainsi que le délai qui doit s'être écoulé entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion ».*

**Nonobstant l’absence, à ce jour de publication du décret prévu par cet article L.221-4, il est indispensable de prévoir dans le règlement mutualiste les modalités d’information des membres.**

### 3.2. Obligation d’information du membre participant

Le membre participant est tenu de déclarer à la mutuelle toutes informations nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement de son adhésion au présent règlement mutualiste.

Il déclare sincères et véritables les informations mentionnées sur son bulletin d’adhésion.

En cours d’adhésion, il est tenu d’informer la mutuelle des modifications de sa situation, dans le mois qui suit l’évènement, relatives à :

* son état civil ;
* son adresse ;
* son régime d’assurance maladie obligatoire ou celui de ses ayants droit ;
* sa situation matrimoniale et familiale ;
* ses coordonnées bancaires ;
* sa situation socioprofessionnelle ;
* et, plus généralement, tout évènement ou toute modification pouvant avoir un effet sur l’application du présent règlement mutualiste.

Le membre participant reconnaît que toute omission, déclaration inexacte, réticence ou fausse déclaration peut entraîner la résiliation ou la nullité de son adhésion conformément aux articles 7.4. et 8 du présent règlement mutualiste.

**Commentaires : cette clause doit être adaptée et complétée selon la pratique de chaque mutuelle**.

## **Article 4 : Informatique et libertés**

Les données concernant le membre participant (ou, le cas échéant, ses ayants droit), pourront être utilisées par la mutuelle afin d'alimenter ses fichiers internes destinés à la gestion et au suivi de l'adhésion. Ces informations pourront être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, le membre participant (ou, le cas échéant, ses ayants droit), dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes ; d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller; d’un droit de modification et de suppression des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés à l’adresse suivante :

**A COMPLETER**

Lorsque l’exercice du droit d’accès s’applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant (ou, le cas échéant, aux ayants droit), selon son choix, directement ou par l’intermédiaire d’un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l’article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

## **Article 5 : Autorité de contrôle**

Conformément aux articles L.510-1 du Code de la mutualité et L.612-2 du Code monétaire et financier, le contrôle sur les mutuelles et unions régies par le Livre II du Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l’Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située 61, rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.

* 1. Adhesion, résiliation, NULLITE

## **Article 6 : Adhésion des membres participants**

### 6.1. Modalités d’adhésion

L'adhésion du membre participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion dûment et correctement complété. Elle emporte acceptation des dispositions des statuts, **(A intégrer le cas échéant :**et du règlement intérieur***)*** de la mutuelle, et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, qui s’imposent au membre participant et à ses ayants droit. **Commentaires : Attention, chaque mutuelle doit vérifier si elle dispose d’un règlement intérieur. Si tel n’est pas le cas, il faut supprimer les mots surlignés en gris.**

Le membre participant doit, notamment, mentionner sur le bulletin d’adhésion, les ayants droit bénéficiaires, ………………………… **[A compléter selon les informations demandées sur les bulletins d’adhésion par chaque mutuelle]**. Il doit joindre à ce bulletin d’adhésion une photocopie de l’attestation de la carte d’assuré social des personnes à assurer et un relevé d’identité bancaire ou postal **[A adapter et à compléter selon la pratique de chaque mutuelle]**.

**[A intégrer le cas échéant et à adapter en fonction de la pratique de chaque mutuelle :** Chaque membre participant reçoit une carte de mutuelle.

**Commentaires généraux :**

**On rappelle qu’aux termes des articles L.114-1, L.221-1 et L.221-2 du Code de la mutualité, l’adhésion d’un membre participant résulte de la signature d’un bulletin d’adhésion.**

**Cet article devra être adapté et complété par chaque mutuelle de sorte à correspondre parfaitement avec sa pratique (par exemple, il peut être prévu de mentionner sur le bulletin d’adhésion la formule de garanties ou les options de garanties choisies par le membre).**

### 6.2. Date d'effet de l’adhésion :

**[A adapter selon la pratique de chaque mutuelle]**

La date d'effet de l'adhésion est **[Par exemple :]** le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet comprenant nécessairement le bulletin d'adhésion, accompagné de la première cotisation et, le cas échéant, l'autorisation de prélèvement des cotisations sur compte bancaire ou postal accompagné d'un RIB.

### 6.3. Durée de l’adhésion

L’adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu’au 31 décembre de l’année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf résiliation selon les modalités fixées à l’article 7 du présent règlement.

**Commentaires généraux :**

**Attention, certaines mutuelles peuvent prévoir une durée et un renouvellement de l’adhésion de date à date et non sur l’année civile. Cet article doit donc être adapté selon la pratique de chaque mutuelle.**

### 6.4. Dispositions particulières en cas de vente à distance

**Commentaires généraux : Cet article 6.4. est à supprimer dans l’hypothèse où la mutuelle ne pratique pas la vente à distance.**

Délai de renonciation en cas de vente à distance :

Conformément aux dispositions de l’article L.221-18 du Code la mutualité, le membre participant qui adhère au présent règlement mutualiste à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 21-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure.

La renonciation s’effectue par lettre simple adressée, dans les délais précités, à l’adresse suivante : **A COMPLETER**

Délai et modalités de restitution en cas de vente à distance :

Conformément à l’article L.121-20-13 II du Code de la consommation, la mutuelle est tenue de rembourser le membre participant dans les meilleurs délais et, au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du règlement, à l'exception du paiement proportionnel des prestations effectivement fournies et à l’exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Le membre participant restitue à la mutuelle, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toute somme et tout bien qu'il a reçus de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à la mutuelle sa volonté de se rétracter.

## **Article 7 : Résiliation de l’adhésion**

### 7.1. Résiliation à l’initiative du membre participant

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception à la mutuelle à l’adresse suivante **[A compléter** ………………………………, au moins deux mois avant la date d’échéance.

Conformément à l’article L.221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d’exercice de ce droit à dénonciation de l’adhésion est rappelée avec chaque avis d’échéance annuelle de cotisations. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé, avec cet avis, qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du second alinéa ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

**Commentaires généraux :**

**Il est rappelé que les mutuelles ne disposent pas d’une faculté de résiliation annuelle dans le cadre des opérations individuelles, conformément à l’article L.221-10 du Code de la mutualité.**

### 7.2. Résiliation à l’initiative de la mutuelle pour non paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d’une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la mutuelle au membre participant, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. 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.

Les frais médicaux engagés, exécutés ou prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.

La mutuelle a le droit de résilier l’adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

### 7.3. Résiliations exceptionnelles à l’initiative du membre participant ou de la mutuelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle doit rembourser au membre participant 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 résiliation.

### 7.4. Résiliation à l’initiative de la mutuelle pour fausse déclaration non intentionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l’adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### 7.5. Résiliation en cas de décès du membre participant

En cas de décès du membre participant, la résiliation de l’adhésion intervient le lendemain du jour du décès. Une copie de l’acte de décès doit être transmise à la mutuelle.

Les cotisations correspondant à la période postérieure au décès sont remboursées, sur demande écrite, à la personne ayant qualité pour agir.

**[Clause à adapter en fonction de la pratique de chaque mutuelle].**

### 7.6. Conséquences de la résiliation

La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues au présent règlement mutualiste.

La résiliation met un terme à l’ensemble des garanties souscrites. En conséquence, les frais médicaux engagés, exécutés ou prescrits après la date d’effet de la résiliation ne donnent lieu à aucune prise en charge.

Le membre participant (ou ses ayants droit) est tenu de restituer à la mutuelle sa carte de mutuelle, au plus tard dans les quinze jours suivant la résiliation de son adhésion. En cas de non restitution ou d’utilisation frauduleuse, le membre participant et ses ayants droit s’exposent à des poursuites judiciaires. **[A intégrer le cas échéant et à adapter en fonction de la pratique de chaque mutuelle].**

## **Article 8 : Nullité de l’adhésion pour fausse déclaration intentionnelle**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

**Commentaires généraux :**

**Il est possible de prévoir d’autres cas de résiliations plus favorables au membre participant (par exemple, la résiliation en cours d’année lorsque le membre est tenu d’adhérer à un contrat collectif à adhésion obligatoire).**

**Par ailleurs, on constate souvent que les mutuelles prévoient dans leur règlement mutualiste des clauses relatives à la « radiation » ou « l’exclusion » des membres qui ont porté préjudice aux intérêts de la mutuelle. On rappelle que ce type de clauses doivent être prévus dans les statuts conformément à l’article L.114-4 du Code de la mutualité. Naturellement, rien n’interdit de les reproduire ou d’y faire référence dans le règlement mutualiste.**

**Chaque mutuelle devra donc compléter ce chapitre selon sa pratique.**

* 1. GarantieS frais de santé

## **Article 9 : Objet des garanties frais de sante**

Les garanties frais de santé du présent règlement mutualiste ont pour objet, en cas d’accident, de maladie ou de maternité, d’assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des prestations versées par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l’assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le présent règlement mutualiste.

Les garanties « Frais de santé » s’appliquent dans les conditions et limites fixées par l’article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d’application relatifs aux « contrats responsables ». A ce titre, elles prennent notamment en charge le ticket modérateur d’au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d’objectifs de Santé Publique, prévues à l'article R.871-2 II du Code de la sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006, paru au Journal Officiel du 18 juin 2006, fixe la liste.

## **Article 10 : Prestations garanties**

**Commentaires généraux :**

**Cet article doit être adapté et complété selon les prestations offertes et la pratique de chaque mutuelle.**

**Par exemple, si plusieurs garanties ou « gammes » sont proposées, il y a lieu de les décrire et de renvoyer aux grilles de prestations correspondantes.**

**De même, il y a lieu de préciser les modalités de calcul et de prises en charge des prestations, les conditions d’intervention spécifiques pour certaines prestations (par exemple, les forfaits, les limites de prise en charge en optique, les conditions de prise en charge des prothèses dentaires, etc.).**

**Il peut également être utile de donner des définitions des prestations (par exemple, forfait journalier, chambre particulière, lit d’accompagnant, etc.), de préciser certaines terminologiques (par exemple, tiers payant, ticket modérateur, etc.).**

**L’essentiel est de définir avec précision les prestations garanties et les limites éventuelles de prises en charge.**

**Enfin, il est rappelé que toute clause de limitation ou d’exclusion de garanties doit apparaître en caractères très apparents.**

### 10.1. Les prestations garanties sont définies dans le tableau figurant à l’annexe 1 du présent règlement

La grille des prestations garanties est jointe au bulletin d'adhésion de chaque membre participant. **[A adapter selon la pratique de chaque mutuelle].**

Sont pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie dont la date des soins ou d’exécution est postérieure *à la date de prise d’effet de l’adhésion* **[ou]** *au délai de stage prévu à l’article 12 du présent règlement* **[NB : Attention, cette clause doit être adaptée selon l’existence ou non d’un délai de stage : Voir commentaires à l’article 12 ci-après]** et antérieure à la date de résiliation de l’adhésion. La date des soins prise en compte est celle mentionnée sur les décomptes de remboursement des régimes d’assurance maladie obligatoire.

Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par les régimes obligatoires de l’assurance maladie, sauf cas particulier mentionné dans la grille des prestations garanties.

### 10.2. Evolution de la réglementation de l’Assurance Maladie

Les prestations garanties viennent en complément des prestations versées par la sécurité sociale et sont établies en fonction de l'état de la législation de la sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

**En cas de modification des prestations de la sécurité sociale, les remboursements complémentaires de la mutuelle ne pourront, en aucun cas, s'en trouver augmentés et s’effectueront en conséquence à hauteur des montants définis en valeur absolue avant la modification.**

**Commentaires généraux : Cette clause doit être adaptée et complétée selon la pratique de chaque mutuelle.**

### 10.3. Modifications des prestations garanties à la demande du membre participant

Le membre participant peut demander à changer de garantie en cours d’année. En ce cas, il doit remplir un nouveau bulletin d’adhésion. La date d'effet de la nouvelle garantie est le premier jour du mois civil suivant la réception du bulletin d’adhésion. Le membre participant et ses ayants droit ne bénéficient des nouvelles prestations garanties qu’à l’issue du délai de stage prévu à l’article 12 du présent règlement, ce délai commençant à courir à la date d’effet de la nouvelle garantie.

**Commentaires généraux : Cette clause doit être adaptée et complétée selon la pratique de chaque mutuelle.**

**Par exemple, certaines mutuelles n’autorisent des changements de garanties qu’à l’issue d’une certaine période (par exemple, un an minimum d’adhésion), ou n’autorisent des changements que pour des garanties supérieures, ou bien prévoient une prise d’effet du changement des garanties à une certaine date, ou encore n’appliquent pas de nouveau délai de stage.**

**Chaque mutuelle doit donc adapter cette clause à sa pratique.**

## **Article 11 : Bénéficiaires**

### 11.1. Les membres participants

Les membres participants qui ont régulièrement adhéré au présent règlement selon les modalités visées à l’article 6 du présent règlement bénéficient des prestations et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

### 11.2. Les ayants droits

**Commentaires : Attention, l’article L.114-1 du Code de la mutualité prévoit que les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant sont définies par les statuts. Il faut donc veiller à ce que la définition des ayants droit dans cet article du règlement mutualiste soit en parfaite conformité avec les statuts. La clause qui suit n’est donc qu’un exemple et devra être adaptée par chaque mutuelle.**

**11.2.1.** Peuvent bénéficier des prestations en qualité d'ayant droit, les personnes physiques définies ci-après sous réserve d’être mentionnées par le membre participant sur son bulletin d’adhésion :

* + le conjoint, concubin vivant maritalement avec le membre participant  ou la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, à charge ou non au sens de la sécurité sociale ;
	+ les enfants à charge, au sens de la Sécurité Sociale, du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant ;
	+ les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études et sur présentation d’un justificatif de poursuite d’études.

Le membre participant doit fournir à la mutuelle, à l’adhésion et à tout moment sur demande de la mutuelle, tout document permettant de justifier de la qualité d’ayant droit.

**11.2.2.** Ajout d’ayants droit **[Il s’agit d’un exemple de rédaction à adapter selon la pratique de chaque mutuelle]**

Le membre participant peut demander, à tout moment, l’ajout d'un ayant droit. Cet ajout est formalisé par un bulletin d'adhésion correctement rempli et signé par le membre participant, auquel doit notamment être joint le supplément de cotisation correspondant.

La date d'effet de l’ajout est :

* en cas de naissance ou d'adoption : le premier jour du mois civil suivant la naissance ou l'adoption, sous réserve que la demande d’ajout ait été effectuée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Passé ce délai, la date d'effet est le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d’ajout.
* en cas de mariage, PACS ou concubinage : le premier jour du mois civil suivant la survenance de l’évènement, sous réserve que la demande d’ajout ait été effectuée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Passé ce délai, la date d'effet est le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d’ajout.

**[A compléter selon la définition des ayants droit et la pratique de chaque mutuelle]**

**11.2.3.** Radiation des ayants droit **[Il s’agit d’un exemple de rédaction à adapter selon la pratique de chaque mutuelle]**

A chaque échéance annuelle, le membre participant peut demander la radiation d’un ou plusieurs de ses ayants droit, en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d’échéance annuelle.

En cours d’année, il peut être procédé, à la demande écrite du membre participant ou à l’initiative de la mutuelle, à la radiation des ayants droit qui ne remplissent plus ou ne justifient plus cette qualité.

## **Article 12 : Ouverture du droit aux prestations**

**Commentaires : Attention, il s’agit d’un exemple de rédaction en présence d’un délai de stage. Chaque mutuelle doit adapter et compléter cette clause selon sa pratique. En l’absence de délai de stage, cette clause doit être supprimée.**

Les membres participants et leurs ayants droit ne bénéficient des prestations qu’à l’issue d’un délai de stage qui commence à courir à la date d’effet de l’adhésion ou, en cas d’ajout ultérieur d’un ayant droit, à la date d’effet de l’ajout. Ce délai de stage est de XXX mois **[NB : il est possible de prévoir plusieurs délais de stage (par exemple, selon les prestations garanties). Il est également possible de prévoir des dispenses de stage. Cette clause doit donc être adaptée par chaque mutuelle].**

## **Article 13 : Règlement des prestations**

**Commentaires généraux : Cette clause doit être adaptée selon la pratique de chaque mutuelle.**

Les demandes de remboursements sont adressées à la mutuelle directement par le membre participant.

La mutuelle procède au règlement des prestations par virement bancaire sur le compte du membre participant ou du bénéficiaire dont le RIB a été fourni, ou le cas échéant par chèque :

* soit sur présentation du décompte original du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou de la facture originale acquittée ;
* soit en relation directe par échange de données informatiques avec les organismes gestionnaires du régime d’assurance maladie obligatoire suivant les normes en vigueur, sauf renonciation du membre participant ou de ses ayants droit.

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé par la mutuelle.

**Commentaires généraux :**

**Il est rappelé que le deuxième alinéa de l’article L.114-2 du Code de la mutualité prévoit que :**

***« Sauf, refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés au deuxième alinéa de l'article L.114-1, de plus de seize ans, sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle ou de l'union ».***

**Le respect de cet article suppose de permettre le versement des prestations directement entre les mains d’un ayant droit de plus de seize ans, sauf refus exprès de leur part.**

**, le virement des prestations s’effectue sur un compte différent : joindre le RIB du ou des bénéficiaires concernés ». A défaut, le risque est qu’un mineur de plus de 16 ans réclame le paiement des prestations, ce qui vous conduirait à payer deux fois.**

## **Article 14 : Contrôle**

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout membre participant (ou ayant droit) qui formule une demande de prise en charge ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement mutualiste.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la mutuelle.

La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle peut également demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d’établir la réalité des dépenses engagées.

**Commentaires généraux : Cette clause doit être adaptée selon la pratique de chaque mutuelle.**

## **Article 15 : Exclusions**

**Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l’article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d’application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la mutuelle les dépenses suivantes :**

* **La participation forfaitaire mentionnée à l’article L.322-2 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;**
* **Les franchises médicales mentionnées à l’article L.322-2 III du Code de la sécurité sociale ;**
* **La majoration de participation de l’assuré prévue par l’article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d’un médecin traitant ou en cas de consultation d’un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;**
* **Les dépassements d’honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d’un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale;**
* **La majoration de participation de l’assuré lorsque le patient n’accorde pas l’autorisation au professionnel de santé auquel il a recours, d’accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;**
* **et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d’honoraires dont la prise en charge serait exclue par l’article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d’application.**

**Commentaires : Cette clause d’exclusion doit apparaître en caractères très apparents.**

## **Article 16 : Limite des remboursements : principe indemnitaire**

**Conformément aux dispositions de l’article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l’article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.**

**Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

**Commentaires : L’article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 impose de reproduire cette clause en caractères très apparents dans « toute proposition, bulletin de souscription ou d'adhésion, conditions générales et notes d'information remis aux assurés ou adhérents ». Il faudra donc veiller à la reproduire dans ces documents et notamment les bulletins d’adhésion des salariés et la notice d’information.**

## **Article 17 : Subrogation**

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l’article L.224-8 du même Code, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(ent) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

## **Article 18 : Prescription**

**Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

1. **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.**
2. **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 membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle 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, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

**Commentaires généraux : Cette clause doit apparaître en caractères très apparents.**

* 1. Cotisations

## **Article 19 : Détermination des cotisations**

Les cotisations sont déterminées conformément aux dispositions de l’article L.112-1 du Code de la mutualité.

Elles sont annuelles et sont fixées selon chaque garantie. Elles figurent en annexe 2 du présent règlement mutualiste.

Le montant des cotisations peut être modifié par l’assemblée générale de la mutuelle ou, conformément à l’article 2 du présent règlement mutualiste, par le conseil d'administration de la mutuelle par délégation de l’assemblée générale.

Peuvent, le cas échéant, s’ajouter à ces cotisations, les cotisations destinées à des organismes fédérateurs (unions ou fédérations de mutuelles) dont le montant est fixé par les statuts ou règlements de ces organismes et les cotisations afférentes à des garanties incluses souscrites par la mutuelle auprès d’un autre organisme assureur au profit de ses membres participants. Le montant de ces cotisations figurent également en annexe 2 du présent règlement mutualiste. **Commentaires : A adapter selon la pratique de chaque mutuelle. Attention, en présence de garanties incluses souscrites par la mutuelle auprès d’un autre organisme assureur, dans le cadre de l’article L.221-3 du Code de la mutualité, le règlement mutualiste doit être adapté afin de viser expressément ces garanties.**

Toutes modifications des cotisations sont opposables aux membres participants dès qu’elles leur sont notifiées. **Commentaires : Voir observations sous l’article 2 s’agissant de la notion de « notification ».**

## **Article 20 : Impôts et Taxes**

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent règlement mutualiste pourrait être assujetti et dont la récupération n’est pas interdite, sont à la charge du membre participant et sont payables en même temps que les cotisations.

## **Article 21 : Paiement des cotisations**

Chaque membre participant est tenu au paiement de la cotisation annuelle due pour
lui-même et l’ensemble de ses ayants droit.

Le montant de la cotisation annuelle est mentionné sur le bulletin d’adhésion et sur chaque avis d’échéance annuelle.

La cotisation est due pour l’année civile et payable d’avance. Son paiement peut être fractionné mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, selon les modalités précisées sur le bulletin d’adhésion. Les modalités de paiement sont fixées sur le bulletin d’adhésion.

**Commentaires généraux : Cette clause doit être adaptée selon la pratique de chaque mutuelle. Certaines mutuelles prévoient en effet des modalités de paiement très précises (par exemple, paiement par prélèvement automatique obligatoire en cas de fractionnement mensuel de la cotisation).**

## **Article 22 : Non paiement des cotisations**

En cas de non paiement des cotisations, il est fait application des dispositions de l’article 7.2. du présent règlement mutualiste.

Annexe 1 : Tableau des prestations garanties

**Commentaires : il s’agit d’introduire ici les grilles des prestations garanties.**

Annexe 2 : Tableau des cotisations

**Commentaires : il s’agit d’introduire ici les grilles des cotisations correspondant à chacune des garanties proposées par la mutuelle.**