

CONTRATS COLLECTIFS à ADHESION OBLIGATOIRE



Article 1 DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est constitué une mutuelle dénommée **Mutuelle de France Bretagne-Centre-Océans**, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

La **Mutuelle de France Bretagne-Centre-Océans** est immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 781 343 249.

Article 2 OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est établi en application de l'article 4 des statuts. Il détermine les conditions dans lesquelles ceux-ci sont appliqués. Ce règlement adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 3 ADHESION

Acquièrent la qualité de membre participant à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 5 des statuts qui font acte d'adhésion constatée par la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre de l'accord collectif.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Après enregistrement, une carte justifiant l'ouverture des droits, sera remise au membre participant.

Article 4 MODALITE DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle. A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs. La cotisation est fixée forfaitairement.

Chaque membre participant s'engage à autoriser le souscripteur du contrat collectif à prélever sur son salaire le montant de la part de cotisation lui incombant.

Le versement s'effectue conformément aux dispositions prévues par l'accord collectif.

Article 5 MODIFICATIONS DES COTISATIONS

Les cotisations sont modifiées le 1^{er} janvier de chaque année ou exceptionnellement en cours d'année à la demande du conseil d'administration, décision entérinée par l'assemblée générale.

Article 6 RESILIATION

La radiation est prononcée de plein droit, dès lors que le membre participant ne remplit plus les conditions d'adhésion prévues au contrat collectif.

Toutefois, il pourra continuer d'adhérer à la mutuelle sous contrat individuel.

En cas de non paiement de la cotisation par le souscripteur du contrat collectif, la radiation est prononcée d'office et conformément aux dispositions du contrat collectif

Article 7 COTISATIONS

Les membres participants paient une cotisation suivant la garantie couverte définie par l'accord collectif.

Article 8 PRESTATIONS

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes:

- (voir tableau) annexe.

Les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par la mutuelle sont remboursées selon les modalités suivantes:

a) En application de l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale,
- les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code,
- les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations visés au 18°) de l'article L.162-5 dudit code à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé.

b) En application de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, la mutuelle prend en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci ainsi qu'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires dans la liste fixée par arrêté ministériel.

c) La mutuelle prend en charge les séjours de soins de suite (convalescence, rééducation, réadaptation...) uniquement si le séjour fait suite à une hospitalisation avec une interruption maximum de 8 jours entre les deux séjours.

Les allocations décès, naissance comprises dans le contrat sont souscrites auprès de la Mutuelle de France Prévoyance ; et la garantie assistance est souscrite auprès de la COGEMUT.

Article 9 MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les prestations sont modifiées le 1^{er} janvier de chaque année ou exceptionnellement en cours d'année à la demande du conseil d'administration, décision entérinée par l'assemblée générale, ou contractuellement avec les signataires de l'accord collectif.

Article 10 REGLEMENT DES PRESTATIONS

La participation de la mutuelle est payée sur le vu du décompte établi et télétransmis par la caisse du régime obligatoire ou remis au service ainsi que les factures acquittées justifiant les frais réels supportés, dans un délai de 12 mois à partir de la date du décompte, sous peine de forclusion.

La mutuelle expédiera à chaque membre participant un décompte mensuel avec le détail des prestations versées.

Les réclamations ne seront acceptées que dans un délai d'un mois après réception de celui-ci.

Seule la **date des soins** figurant sur le décompte de la caisse d'obligation fera foi en cas de litige.

Article 11 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion mentionnée sur le bulletin d'adhésion conformément au contrat collectif.

Article 12 SUSPENSION ET RESILIATION DES GARANTIES

Pour percevoir le règlement de leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leur cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie sera suspendue trente jour après la mise en demeure du souscripteur du contrat collectif, cette suspension produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La garantie reprend pour l'avenir ses effets à midi, le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Article 13 MODIFICATION

L'adhérent s'engage à transmettre à la mutuelle toutes les modifications le concernant ou l'un de ses ayant droits:

- changement d'adresse,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de situation professionnelle,
- changement de compte bancaire,
- matricule caisse d'obligation,
- naissance,
- décès.

Article 14 SUBROGATION

La mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayant droits contre les tiers responsables.

Article 15 SITUATION DU RISQUE

Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Article 16 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

En application de l'article de la loi n°78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, un droit d'accès aux informations nominatives est garanti aux adhérents.

Article 17 AUTORITE DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP).

Article 18 INFORMATIONS

La Mutuelle adhère à la Fédération des Mutuelles de France (FMF) et à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).