

## REGLEMENT MUTUALISTE INDIVIDUELS APPLICABLE au 18/06/2011

### 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.

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 annuelle 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.

Le règlement s'effectue le 1<sup>er</sup> de chaque mois, trimestre, semestre ou année.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, soit 10 jours après la date d'échéance, inscrite sur la lettre d'appel de cotisations, une pénalité fixée par le conseil d'administration sera réclamée pour compenser les frais de dossiers et de relances.

Cette pénalité s'appliquera d'une façon identique pour les adhérents dont le prélèvement de la cotisation sur le compte bancaire serait rejeté.

### Article 5 MODIFICATIONS DES COTISATIONS

Les cotisations sont modifiées le 1<sup>er</sup> 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 PAR L'ADHERENT

Dans le cadre de la loi Châtel et conformément à l'article L221-10 et L221-10-1, la résiliation est donnée par écrit, par lettre recommandée avec accusé de réception:

- 2 mois avant la fin de contrat (31 décembre de chaque année), soit le 31 octobre.

La résiliation peut être demandée par le membre participant dans le mois qui suit la notification des modifications statutaires (rappel de cotisation ou réduction de cotisation). Dans ce cas, la mutuelle restitue la portion de cotisation afférente à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis.

### Article 7 RESILIATION PAR LA MUTUELLE

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation depuis 6 mois. La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée dès l'expiration du délai précité ou de celui accordé par le Conseil. La radiation sera prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours.

### Article 8 EXCLUSION

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du code de la mutualité, peut être exclu le membre participant qui aurait causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle.

Le membre participant dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le conseil d'administration.

### Article 9 COTISATIONS

Les membres participants paient une cotisation suivant la garantie couverte (voir appel de cotisations).

### Article 10 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:

- 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.

- 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.

- 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 11 MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les prestations sont modifiées le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année ou exceptionnellement en cours d'année à la demande du conseil d'administration, décision entérinée par l'assemblée générale.

### Article 12 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 13 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion mentionnée sur le contrat pour les personnes bénéficiant d'un certificat de radiation de la mutuelle précédente.

Pour les personnes ne bénéficiant pas d'un certificat de radiation, un délai sera appliqué pour le remboursement des prestations conformément au contrat d'adhésion.

### Article 14 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 membre participant, 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 15 MODIFICATION

- toutes les modifications, concernant l'adhérent et ses ayant droits seront transmises à la mutuelle:

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

- en cas de révision du contrat, celle-ci sera applicable au 1<sup>er</sup> jour de l'année civile qui suivra l'événement.

- pour pouvoir opter pour des garanties inférieures à celles de son contrat actuel, l'adhérent devra avoir cotisé un minimum de trois ans au contrat en cours.

### Article 16 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 17 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 18 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 19 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 20 INFORMATIONS

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