

REGLEMENT MUTUALISTE de la MPOSS

Mutuelle soumise aux dispositions
du Livre II du code de la Mutualité
N°RNM 776950602

OBJET :

Le règlement mutualiste définit les droits et obligations de la Mutuelle et des adhérents.

Adopté par l'Assemblée Générale, le règlement définit le contenu des engagements entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations maladie en branche 2. (ART.L 111-1, 1°).

Il indique par ailleurs les assureurs avec lesquels un contrat de distribution à été conclu en ce qui concerne les autres activités d'assurance.

CHAPITRE 1

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Article 1er :

Les membres participants et leurs ayants droit se répartissent en plusieurs catégories :

- 1 - Les adhérents à adhésion individuelles
- 2 - Les adhérents à un contrat collectif (ou groupes) à adhésion obligatoire
- 3 - Les adhérents à un contrat collectif à adhésion facultative.

Article 2 :

Toute personne désireuse d'être admise en qualité de membre honoraire ou participant doit remplir et signer un bulletin d'admission dont le modèle est arrêté par le Conseil d'Administration.

Le membre participant désireux de faire adhérer les membres de sa famille, doit donner pour ces derniers les documents exigés et les renseignements d'état civil justifiant ses liens avec les futurs bénéficiaires.

Si les membres sont assurés sociaux, la photocopie de leur carte d'assuré social sera fournie pour chacun d'eux.

Pour tous les enfants ayant plus de 16 ans et poursuivant leurs études jusqu'à 28 ans, le chef de famille doit fournir au cours du quatrième trimestre de chaque année civile :

- Une copie du contrat d'apprentissage pour les apprentis.
- Une photocopie de la carte d'assuré social ou du certificat de scolarité.

Article 3 :

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

Les cotisations sont déterminées par l'Assemblée Générale ou, le Conseil d'Administration par délégation de l'Assemblée Générale. Elles sont revues et fixées tous les ans et portées à la connaissance des membres participants selon les conditions prévues à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité.

Les cotisations sont déterminées :

- en fonction de la garantie choisie
- par tranche d'âge
- il est tenu compte des notions : adulte et enfant.

- A ces cotisations s'ajoutent les cotisations spécifiques destinées à des organismes supérieurs (fédérations, unions) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

REGLEMENT MUTUALISTE de la MPOSS

Article 4 :

L'adhésion aux contrats santé mutuelle est annuelle. Pour les adhésions en cours d'année, la radiation ne pourra intervenir qu'au 31 décembre de l'année suivante.

L'engagement est de 2 ans au minimum pour les adhésions au contrat MODULA et aux surcomplémentaires. La radiation ne pourra intervenir qu'au bout de 2 ans (année civile) ou au 31 décembre de l'année n+2 pour les adhésions en cours d'année.

Par principe, toute radiation aux contrats santé complémentaires ou surcomplémentaires est définitive. Toute demande de réadmission fera l'objet d'une décision du bureau. En cas de rejet la notification sera adressée à l'intéressé dans le délai d'un mois à réception de sa demande.

Article 5 :

Tout membre participant doit signaler les modifications concernant sa situation et celle de ses ayants droits. En cas de réclamation de cotisations indues, il se verra appliqué la prescription fixée à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité. Le rappel de cotisation ne pourra excéder six mois de cotisations. De même si une modification non signalée avait conduit la mutuelle à percevoir des cotisations à tort, l'adhérent ne pourrait demander le remboursement de ces cotisations que pour un montant équivalent à six mois de cotisations maximum.

Les membres participants sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations effectuées sur leur feuille de paie ou sur leurs relevés bancaires et d'adresser le cas échéant leurs réclamations immédiatement aux services administratifs de la mutuelle.

Article 6 :

Les membres honoraires payent une cotisation dont le montant est laissé à leur libre détermination.

Article 7 :

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 8 :

Les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion à condition que la date des soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion. Ne sont pas pris en charge les séjours en établissement hospitalier ou clinique (frais de séjours, forfait journalier, honoraires, chambre particulière...) dont le premier jour se situe avant la date d'effet de l'adhésion. Les prestations garanties sont servies conformément à celles choisies sur le bulletin d'adhésion. Elles sont limitées aux frais réellement engagés, en tenant compte de l'intervention du régime obligatoire et de tout autre organisme. Sont pris en charge par la mutuelle, en fonction des garanties et limites précisées au descriptif de la garantie choisie, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire et indiquées expressément au descriptif de la garantie choisie. Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Lorsqu'un membre participant fait adhérer un ayant droit (mariage, concubinage ou PACS) les droits du bénéficiaire seront ouverts immédiatement pour tout risque dont le premier acte médical ne sera pas antérieur à la date de l'adjonction.

Lors d'une naissance ou d'une adoption, la demande de rattachement par un membre participant devra obligatoirement être signalée. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

L'allocation naissance ou d'adoption prévue dans nos contrats santé ne sera versée que si l'enfant est inscrit dès la naissance ou l'adoption à la Mutuelle.

Article 9 :

Les convocations à l'Assemblée Générale sont faites par lettre à chaque délégué selon l'article 21 des statuts. En cas d'absence d'un délégué titulaire, un délégué suppléant présent sera désigné par tirage au sort.

REGLEMENT MUTUALISTE de la MPOSS

Article 10 :

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception au Président de la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre, (soit au plus tard le 30 octobre pour le 31 décembre) ou au plus tard à l'issue d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'appel annuel de cotisations spécifiant des modifications de garanties et/ou de cotisations. La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle, entraîne de plein droit la démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent. Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation pour l'année en cours. La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées. Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions article 7 des statuts.

Article 11 :

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être néanmoins prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 12 :

La mutuelle accepte par mutation, l'inscription des mutualistes ayant appartenu à une mutuelle assurant par elle-même ou par réassurance la couverture des risques médicaux et chirurgicaux.

Les nouveaux adhérents devront fournir une attestation délivrée par la mutuelle perdante confirmant les conditions ci-dessus définies indiquant qu'ils sont à jour de leur cotisation du mois précédent leur demande de mutation à la mutuelle. Cette attestation sera jointe au bulletin de demande d'adhésion.

CHAPITRE 2 **Cotisations**

Article 13 :

Le montant des cotisations est validé par l'Assemblée Générale.

Le détail des cotisations de la mutuelle, figure sur le tableau en annexe du présent document.

Article 14 :

Les cotisations sont toujours exigibles et dans tous les cas ; aucune exonération ne pourra être demandée, sauf dispositions particulières prévues au présent règlement. Les cotisations sont perçues chaque mois et d'avance, de la manière suivante :

A) Pour les membres participants salariés des entreprises organismes sociaux ou de toute autre société ayant adhéré aux présents statuts avec la direction desquelles un accord aura été conclu, elles seront retenues sur le bulletin de salaire en fin de mois. Le bulletin de salaire fait foi du paiement des cotisations.

B) Pour tout autre membre participant, elles seront réglées par prélèvement ou par tout autre moyen au 15 du mois.

Le membre participant qui négligerait de payer régulièrement sa cotisation fera l'objet d'un rappel écrit selon les procédures en vigueur.

Pour les retraités qui en expriment le désir, les cotisations peuvent être réglées trimestriellement. Le paiement sera à effectuer le 15 du deuxième mois du trimestre considéré.

C) : Gratuité :

- Tout nouvel adhérent d'un contrat complémentaire santé individuel bénéficie d'un mois gratuit à l'adhésion.

REGLEMENT MUTUALISTE de la MPOSS

- Tout parrainage d'un nouvel adhérent à la complémentaire santé bénéficie d'un mois gratuit à l'adhésion
- Les contrats de groupes et les surcomplémentaires ne sont pas concernés par la gratuité et le parrainage.

CHAPITRE 3 **Prestations**

DISPOSITIONS GENERALES

Article 15 :

Tout relevé de prestations payées par la sécurité sociale dont la date des soins est supérieure à deux ans ne sera pas remboursé par la mutuelle.

Article 16 :

Les prestations pour lesquelles la mutuelle a délivré des prises en charge seront payées directement par les soins du service administratif aux spécialistes et établissements ayant signé les conventions passées avec la mutuelle et accepté ce mode de paiement

Article 17 :

Sauf dans les cas de tiers payant intégral permettant à la mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés, par le membre participant ou ses ayants droit et dans les limites prévues au présent règlement, la mutuelle n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance sociale dont relève l'adhérent.

Les remboursements des frais des soins sont alors remboursés par la mutuelle au vu des documents transmis par la caisse de sécurité sociale et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission.

A défaut de télétransmission, les remboursements sont effectués sur présentation d'un décompte de sécurité sociale accompagné selon les options et les prestations, d'une prescription médicale ; certains documents originaux pourront être exigés.

OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS **PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE**

Article 18 :

La mutuelle s'engage en faveur de l'amélioration des prestations insuffisamment remboursées par la sécurité sociale tout en valorisant le réseau mutualiste et conventionné et en participant à la maîtrise des dépenses de santé.

Les prestations sont définies comme suit et déclinées dans la notice de garanties adressée chaque année aux adhérents.

Le membre participant dont la cotisation est retenue mensuellement sur les appointements n'a pas à produire de justificatif pour obtenir les prestations.

Pour les autres, le Trésorier devra, avant de servir les prestations, s'assurer que le versement des cotisations est à jour.

Les comités d'entreprises peuvent participer financièrement à la couverture d'un ou plusieurs risques.

Les prestations accordées par la Mutuelle sont les suivantes :

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatives au contrat responsable.

Dans le cadre des contrats responsables, la mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie - article 20 L 2004 - 810 du 13/08/2004.
- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant - article 7 L 2004 - 810 du 13/08/2004.

REGLEMENT MUTUALISTE de la MPOSS

- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant - article 8 L 2004 - 810 du 13 août 2004.
- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel - article 3 L 2004 - 810 du 13/08/2004.
- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée - article 6 L 2004- 810 du 13/08/2004.

Les montants et pourcentages sont fixés en application de la législation en vigueur à la date des soins, tarif conventionnel ou tarif de responsabilité ou tarif d'autorité.

Les membres participants et ayants droit bénéficient des prestations figurant sur la plaquette annuelle en complément de la sécurité sociale.

Toutes ces prestations seront calculées en fonction des tarifs de responsabilité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

La mutuelle verse les prestations définies dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle et aux conditions prévues par celle-ci aux adhérents qui l'auraient choisie comme gestionnaire du régime complémentaire.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Pour les assurés sociaux, les remboursements ci-dessus sont effectués sous réserve que le cumul des remboursements mutualistes et sécurité sociale ne dépasse pas le tarif de responsabilité de la sécurité sociale, sauf exception expressément prévue.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, le remboursement des prestations dentaire et optique sur les surcomplémentaires, fixé par forfait annuel sera recalculé au prorata de la date d'adhésion par rapport à l'année civile, soit 1/12^e du temps des cotisations.

Article 19 :

Dans le cas de conventions de télétransmissions notre complément intervient après réception de celle-ci.

Article 20 : Assurés ne dépendant pas du régime général

En cas de maladie ou de soins dentaires, le bénéficiaire doit établir un dossier identique à ceux présentés par les assurés du régime général Sécurité Sociale.

La participation mutuelle correspond au complément ordinaire prévu par ses statuts et règlement mutualiste. Tout traitement envisagé par le bénéficiaire pourra faire l'objet d'un contrôle effectué par un Médecin agréé par la Mutuelle. Les frais de ce contrôle seront à la charge du postulant.

Article 21 : Assurés du Régime Général Sécurité Sociale

Les demandes de remboursements doivent comprendre :

- a) dossier maladie : le double du décompte de la Sécurité Sociale et la copie des ordonnances dans le cas de prescriptions d'accessoires, la Mutuelle se réservant le droit d'exiger le double d'ordonnance dans certains cas.
- b) soins et prothèse dentaire : le double des décomptes de la Sécurité Sociale et la facture si nécessaire.
- c) pour l'optique : La copie de la facture de l'opticien doit être jointe au double du décompte.
- d) pour les hospitalisations, la facture détaillée : frais de séjour, honoraires, forfait journalier, et chambre individuelle remboursable au tarif plafond fixé par notre Assemblée Générale.
- e) soins à l'étranger : en cas de soins dispensés lors d'un séjour à l'étranger, les pièces nécessaires au dossier devront être accompagnées de leur traduction en français aux frais du demandeur.

Article 22 :

Des suppléments au-delà du Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale sont accordés par décision de l'Assemblée Générale.

REGLEMENT MUTUALISTE de la MPOSS

Article 23 :

Les modifications de montant des cotisations et des prestations sont applicables à la date d'effet que décide l'Assemblée Générale lors du vote de sa décision ou celle du Conseil d'Administration s'il agit par délégation.

Les membres ont un délai de trois mois pour adresser les réclamations qu'ils croiront devoir formuler en ce qui concerne les prestations servies par la Mutuelle.

Article 24 :

Lors d'un décès un dossier doit être rempli par le porte fort afin de solliciter le versement des capitaux et indemnités prévus par notre distributeur : l'Union Nationale des Groupements Mutualistes des Organismes Sociaux, 304, rue Garibaldi, 69007 LYON ; selon le contrat prévu.

Article 25 :

Ne donnent lieu à aucun remboursement, en général, ce qui n'est pas, même partiellement, remboursé par un régime obligatoire de sécurité sociale.

Article 26 :

Les assurés qui n'ont pas les mêmes avantages que le régime général de la sécurité sociale ne peuvent bénéficier du tiers payant.

Article 27 :

Dans la limite de son tarif de responsabilité la Mutuelle peut passer des ententes avec les établissements de santé privés ou publics et les praticiens et généralement mandater la MUTUALITE FRANCAISE DE LA HAUTE HAUTE-GARONNE, Union Départementale, pour le faire et nous en tenir informés.

Dans ces cas, la Mutuelle se substitue au mutualiste pour les règlements prévus à l'article 54 des statuts et l'adhérent donne de plein droit à la Mutuelle l'autorisation d'encaisser en ses lieux et place les prestations dues par les Organismes de sécurité sociale.

Au terme de ces ententes, les membres participants et leurs ayants droit peuvent être admis, suivant disponibilité et sur présentation d'un bon de prise en charge délivré par la Mutuelle dans les hôpitaux et cliniques avec lesquels un accord a été conclu ou être pris en charge par un praticien conventionné par la Sécurité Sociale et la Mutualité.

Article 28 :

Les dossiers chirurgicaux n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle et réglés par les adhérents devront, pour être remboursés comprendre :

- le double du décompte de la Sécurité Sociale
- la note d'honoraire du chirurgien.
- la facture de la clinique sur laquelle doit figurer le nombre de jours d'hospitalisation, le prix de journée, les frais de salle, les ordonnances.
- le double de la note d'honoraires du Docteur anesthésiste et celle du Médecin traitant ayant assisté à l'opération.
- la traduction de toutes ces pièces si soins à l'étranger.

Ces pièces doivent parvenir à la Mutuelle après l'établissement du décompte de la Sécurité Sociale.

Article 29 : Obligations des adhérents

En plus de celles imposées par les statuts et le présent règlement, le membre doit consulter le Bureau de la Mutuelle et se conformer à l'article 26 du présent règlement. Sous peine de forclusion, les demandes de prestations doivent être déposées si elles ne sont pas télétransmises dans les deux ans qui suivent la date des soins.

Article 30 : Obligations de la Mutuelle

La Mutuelle assure à ses membres :

- 1 - Le libre choix du chirurgien ou du spécialiste choisi parmi ceux inscrits au tableau de l'ordre des médecins, et de la Maison de santé (clinique privée, clinique ouverte, hôpital public ou de l'assistance publique, hôpital privé), agréée par la Sécurité Sociale.

REGLEMENT MUTUALISTE de la MPOSS

- 2 - La gratuité des soins occasionnés par l'intervention dans la limite du présent règlement et dans les conditions déterminées par les accords et conventions passées par la Mutuelle avec les chirurgiens et Maisons de santé.
- 3 - Pour les interventions pratiquées à l'étranger, la Mutuelle assure la couverture complémentaire du risque dans la limite des tarifs légaux pris en charge par l'Assurance Maladie.

Article 31 :

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 32 :

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle, conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une utilisation, d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Article 33 :

La mutuelle jouira de la personnalité morale à dater de son immatriculation au registre national des mutuelles.

Pour effectuer le dépôt des présents statuts et des pièces constitutives, tous pouvoirs sont donnés aux porteurs d'une expédition ou d'un extrait.

Article 34 :

Les statuts et le présent règlement sont dressés conformément aux dispositions du Code de la Mutualité. Pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des présents statuts et règlements, la loi française est seule applicable et particulièrement les dispositions du Code de la Mutualité sous réserve des dispositions de l'article L.225-5 de ce dernier.

ANNEXES

**MUTUELLE DU PERSONNEL
DES ORGANISMES SOCIAUX ET SIMILAIRES
DE LA REGION DE TOULOUSE
174 avenue des Minimes
31200 TOULOUSE**