MPOSS

REGLEMENT MUTUALISTE

Adopté par l'Assemblée Générale du 11/06/2026



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

REGLEMENT MUTUALISTE MPOSS

Table des matières

OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE :
Réglementation applicable
CHAPITRE 1 Obligations de la mutuelle et de ses adhérents
Article 1 : Dénomination de la mutuelle
Article 2 : Bénéficiaires des prestations
Article 3 : Condition d'adhésion
Article 4 : Obligation d'exactitude de l'adhérent :
Article 5 : Obligation de déclaration en cas de changement de situation
Article 6 : L'ayant droit en instance de séparation
Article 7 : Modification de catégorie
Article 8 : Continuité de l'adhésion
Article 9 : Cotisations
Article 10 : Adhésion
Article 10 bis : Changement de garantie
Article 11 : Résiliation
Article 12 : Cotisation indues
Article 13 : Cotisation membre honoraire
Article 14 : Paiement des cotisations
Article 15 : Condition de paiement des prestations
Article 16 : Renonciation aux prestations
Article 17 : Radiation
Article 18 : Exclusion
Article 19 : Conséquences de démission, de la résiliation, de la radiation et de l'exclusion
CHAPITRE 2 : Cotisations
Article 20 : Montant des cotisations
Article 21 : Gratuité et parrainage
CHAPITRE 3 : Prestations
Article 22 : Prescription des prestations
Article 23 : Prise en charge des Professionnels de Santé
Article 24 : Remboursement Tiers-payant
Article 25 : Conditions de remboursement
Article 26 : Télétransmissions
Article 27 : Assurés du Régime Général Sécurité Sociale
Article 28 : Action Sociale et fonds d'Action Sociale
Article 29 : Décès d'un Adhérent
Article 30 : Prise en charge et Tiers Payant
Article 31 : Obligations des adhérents
Article 32 : Subrogation
CHAPITRE 4 : Dispositions diverses
Article 33 : Informatique et Liberté
Article 34 : Cas non prévus
Article 35 : Modification du Règlement Mutualiste
Article 36 : Difficultés d'interprétations
Article 37 : Substitution
Article 38 : Mise à disposition
CHAPITRE 5 : Dispositions relatives aux formules dites « Labellisées » Fonction Publique Territoriale
Article 39 : Objet
Article 40 : Conditions d'adhésion
Article 41 : Prise d'effet du contrat
Article 42 : Garanties du contrat santé
Article 43 : Majoration de cotisation de 2%

REGLEMENT MUTUALISTE MPOSS

OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE :

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 a été conclu en ce qui concerne les autres activités d'assurance et de prévoyance.

Tout litige concernant l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste général est d'abord examiné par le Service Réclamations de la Mutuelle, MPOSS 174 Avenue des Minimes - 31200 TOULOUSE. En cas de désaccord, le dossier accompagné des éléments indispensables à l'examen de la (des) prétention(s) sera transmis par la partie la plus diligente au Service Médiation de la FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75015 PARIS. Un avis sera rendu par le médiateur désigné par la FNMF, qui s'imposera aux parties.

Réglementation applicable
La loi applicable au présent règlement est la loi française et 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 et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

CHAPITRE 1 Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Article 1er : Répartition des membres participants
Les membres participants et leurs ayants droit se répartissent en plusieurs catégories :

- 1 - Les adhérents à adhésion individuelle
- 2 - Les adhérents à un contrat collectif (ou groupe) à adhésion obligatoire ou facultative

Article 2 : Bénéficiaires des prestations
Les adhérents, également appelés membres participants, adhèrent aux présents statuts et règlement mutualiste. Ils bénéficient des prestations en contrepartie du paiement des cotisations et en ouvrent le bénéfice à leurs ayants droit.
L'ayant droit est l'époux, ou épouse, le concubin ou la concubine, le Pacsé ou la Pacsée et leurs enfants fiscalement à charge.

Article 3 : Condition d'adhésion
Toute personne désireuse d'être admise en qualité de membre honoraire ou participant doit remplir et signer un bulletin d'adhésion.
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.
Les membres doivent fournir la photocopie de leur pièce d'identité ou de leur passeport, de leur attestation d'assuré social pour chacun d'eux, ainsi qu'un RIB, un mandat de prélèvement et un certificat de radiation de leur ancienne mutuelle ou une attestation sur l'honneur s'il n'en avait pas.

Les données recueillies permettent, de proposer des garanties adaptées notamment dans le cadre de notre devoir de conseil en cohérence avec le contrat souscrit.

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 soit :

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

Si les justifications demandées ne sont pas parvenues à la mutuelle, le bénéficiaire en cause pourra être radié au 31/12.

Article 4 : Obligation d'exactitude de l'adhérent :
Le membre participant doit répondre avec exactitude aux renseignements demandés dans les documents de souscription et fournir les justificatifs exigés pour tous les bénéficiaires du contrat.
Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, 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.
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.

Article 5 : Obligation de déclaration en cas de changement de situation
D'une manière générale, les membres participants doivent signaler à la mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leur ayant droit ou bénéficiaire :

- changement de situation personnelle ou familiale (notamment nouvelle adresse, nouveau numéro de téléphone, droit à la complémentaire santé solidaire, décès, mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, rupture du PACS).

Les changements signalés, qui devront être justifiés, seront éventuellement susceptibles d'entraîner une modification des cotisations à compter de la date de l'événement.

Article 6 : L'ayant droit en instance de séparation
L'ayant droit en instance de divorce, ou divorcé, peut, sur sa demande devenir membre participant à titre individuel ou collectif obligatoire ou facultatif ; il pourra éventuellement couvrir les enfants qui seraient fiscalement à sa charge avec sa propre cotisation familiale. La régularisation de la situation s'effectuera le mois suivant la réception de cette demande.

Article 7 : Modification de catégorie
Lorsque dans une famille l'époux, l'épouse, le (ou la) pacsé(e), le (ou la) concubin(e) sont tous les deux inscrits comme membres participants à titre individuel ou collectif obligatoire ou facultatif, celui des deux qui désirera passer en catégorie ayant droit le pourra sur sa demande écrite et selon les modalités du contrat du membre participant.

Article 8 : Continuité de l'adhésion
Tout membre participant à titre individuel ou collectif obligatoire ou facultatif, quittant l'entreprise ayant adhéré aux présents statuts et règlement mutualiste conserve la possibilité de rester adhérent sur simple demande écrite adressée à la mutuelle.

Article 9 : Cotisations
Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des garanties souscrites pour eux-mêmes ainsi que pour leurs ayants droit et assurées directement par la Mutuelle. Les cotisations sont déterminées par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration. Elles sont revues, et fixées tous les ans et portées à la connaissance des membres participants par l'intermédiaire de l'avis d'échéance annuelle ou de la note d'information, selon les conditions prévues à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.
La mutuelle prévoit la possibilité de procéder à des rappels de cotisation ou à des réductions de prestations.

Les cotisations sont déterminées :

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

Article 10 : Adhésion
L'adhésion aux contrats santé mutuelle et surcomplémentaire est annuelle.
L'adhésion peut être effectuée physiquement mais également à distance, un délai de rétraction de 14 jours s'applique si tel est le cas.
Le choix du niveau de garantie sur les contrats surcomplémentaires (3 niveaux) doit correspondre à un niveau intermédiaire ou confort d'un contrat mutuelle. Les surcomplémentaires ne peuvent pas être souscrites avec un contrat mutuelle de base.
L'adhésion au contrat MODULA nécessite de souscrire au minimum à 1 pack.

Article 10 bis : Changement de garantie
L'engagement du mutualiste dans une garantie spécifique s'entend pour 12 mois.
La demande de changement de garantie ne pourra intervenir moins de 12 mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de garantie. Le changement de garantie peut s'effectuer en cours d'année, il engage l'adhérent dans la nouvelle garantie pour une année applicable au 1° du mois suivant la demande ou au premier janvier suivant en fonction de la demande de l'adhérent. L'adhésion est renouvelable par tacite reconduction pour une nouvelle période de 12 mois conformément aux dispositions de la loi n°2005- 67 du 28 janvier 2005 dite «Loi Châtel». Toute autre demande de changement sera soumise à l'accord de la direction.

Article 11 : Démission Résiliation

La démission est donnée par tout support durable au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre, ou au plus tard à l'issue d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'appel annuel des cotisations. La démission, entraine la perte de la qualité d'adhérent. Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation pour l'année en cours. Elle ne donne pas droit au paiement des cotisations versées.

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions de l'article 7 des statuts.

Résiliation mutuelle : ce que prévoit la Loi Châtel
La Mutuelle doit rappeler la date limite de résiliation du contrat lors de l'envoi de son avis d'échéance. Si l'avis d'échéance est reçu **moins de 15 jours** avant la fin de la période de résiliation, ou après cette date, la mutuelle doit prévenir l'assuré qu'il dispose d'un délai de **20 jours à compter** de la date d'envoi de l'avis pour mettre fin à son contrat.

La résiliation d'un adhérent bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) entraine le remboursement par le bénéficiaire des paiements effectués après la date de démarrage de cette nouvelle situation sur présentation d'un justificatif.

Dans le cadre d'une résiliation pour cause de contrat obligatoire, la date d'effet sera à la fin du mois en cours, suivant la date de réception de la demande, sur attestation de l'employeur.

Dans le cadre de la résiliation infra-annuelle, l'adhérent peut mettre fin à la garantie sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent règlement mutualiste, selon les conditions et modalités définies à l'article L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation peut être, au choix de l'adhérent :
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ;
- un acte extrajudiciaire ;
- lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le règlement.

L'article L. 221-10-2 du code de la mutualité prévoit que « La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou de la personne morale souscriptrice. »

L'article L. 221-10-3 du même code prévoit de nouvelles modalités de transmission de la demande de résiliation qui constituent une alternative à la traditionnelle et obligatoire lettre recommandée. La date de notification de la demande de résiliation peut donc être différente selon son mode de transmission : date de réception de la lettre de résiliation, date de la déclaration de l'adhérent faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle, etc…

A noter également que la date de réception de la notification de la demande de résiliation est présumée lorsque l'adhérent confie à un nouvel organisme assureur le soin d'effectuer cette démarche à sa place. En effet, le II de l'article R. 221-6 du code de la mutualité dispose que dans ce cas de figure, « La date de réception de la notification de la dénonciation de l'adhésion ou de la résiliation du contrat est présumée être le premier jour qui suit la date d'envoi de cette notification telle qu'elle figure sur le cachet de la poste de la lettre recommandée ou, s'il s'agit d'une lettre recommandée électronique, sur la preuve de son dépôt selon les modalités prévues à l'article R. 53-2 du code des postes et télécommunications électroniques.
Ainsi, le point de départ du délai d'un mois visé par l'article L. 221-10-2 diffère selon que la demande émane d'un adhérent ou de son futur organisme assureur.

La mutuelle communique par tout support durable au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice un avis de dénonciation ou de résiliation l'informant de la date de prise d'effet, en application du premier alinéa de l'article L. 221-10-2. Cet avis rappelle au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice son droit à être remboursé du solde mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 221-10-2 dans un délai de trente jours à compter de cette date.
La résiliation infra-annuelle pourra donc s'appliquer à jour pour jour, ou en fin de mois suivant la demande de l'adhérent. Un prorata sera donc appliqué pour le remboursement des cotisations si résiliation en cours de mois ou pour un appel de cotisations si adhésion en cours de mois.

L'article L. 221-10-2 du code de la mutualité ouvre une faculté de résiliation infra annuelle au membre participant, à l'employeur et à la personne morale souscriptrice. Il ne vise en aucun cas les ayants droit des membres participants.

En application de l'article L. 114-1 dudit code, les ayants droit ne peuvent bénéficier des prestations d'une mutuelle que par le biais du membre participant auxquels ils sont «rattachés». Dès lors, seul le membre participant peut décider de mettre fin à leur couverture, en fonction des éléments prévus au règlement ou au contrat d'adhésion.

Les ayants-droits ne pouvant évoquer la résiliation infra annuelle, la radiation devra être faite avant le 31 octobre en recommandé, pour une date d'effet au 31 décembre.

Par principe, toute radiation aux contrats santé surcomplémentaires est définitive. Toute demande de réadmission fera l'objet d'une décision de la direction. En cas de rejet, la notification sera adressée à l'intéressé dans le délai d'un mois à réception de sa demande.
Chaque adhérent a la possibilité d'augmenter ou de diminuer son contrat et garanties en cours d'année, cette demande entraînera automatiquement une nouvelle adhésion sur une période de 12 mois minimum.

La résiliation infra-annuelle s'applique aux contrats comportant des garanties pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou

un accident et ne comportant aucune autre garantie, à l'exception, le cas échéant, des garanties couvrant les risques décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation. La résiliation infra-annuelle ne s'appliquant pas aux contrats prévoyance, la radiation doit être demandée par le membre participant en recommandé avec accusé de réception, avant le 31 octobre de l'année en cours, pour une date d'effet au 31 Décembre.

La demande de résiliation d'un contrat prévoyance devra parvenir à la mutuelle par tout support durable avant le 31 octobre pour un effet au 31 décembre (La RIA et la Loi Châtel ne s'appliquent pas à ces contrats).

Cas de résiliations par la Mutuelle :

Une résiliation immédiate sera appliquée à tout bénéficiaire portant atteinte à la Mutuelle dans le cas de fraudes constatées ou de suspicion de fraudes ou d'abus.

Une résiliation de l'adhérent par la Mutuelle sera effectuée, à l'issue de trois mois sans paiement de cotisations.

Article 12 : Cotisation indues
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 trois 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 trois 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 MPOSS.

Article 13 : Cotisation membre honoraire
Les membres honoraires payent une cotisation dont le montant est laissé à leur libre détermination.

Article 14 : Paiement des cotisations
Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations, auquel cas un paramètre de suspension de liquidation de prestations est appliqué.

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 ou selon la fréquence choisie et d'avance, de la manière suivante:

A. Pour les membres participants salariés des entreprises ayant souscrit un contrat groupe à caractère obligatoire, les cotisations seront retenues sur le bulletin de salaire en fin de mois. Le bulletin de salaire fait foi du paiement des cotisations. L'employeur doit reverser ces sommes appelées à la mutuelle.
B. Pour tout autre membre participant, elles seront réglées par tout moyen, hors espèces, au 15 du mois.

Le membre participant à titre individuel ou collectif facultatif qui négligerait de payer régulièrement sa cotisation pourra faire l'objet d'une procédure de suspension des garanties puis de résiliation de l'adhésion prévue à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Les cotisations prévoyance décès sont dues au 15 du premier mois de l'année.

Article 15 : Condition de paiement des prestations

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 évènements 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.

Sont exclus :

- Les frais de soins qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- Les frais au titre de l'hospitalisation dans les centres tels que les établissements et services de gériatrie hébergeant des personnes âgées dépendante (EHPAD), les établissements de long séjours, type maisons de retraite hospitaliers ou unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers, des hospices. - Les maladies, infirmités et blessures résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit.

Article 16 : Renonciation aux prestations

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.

Article 17 : Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles l'article 7 des statuts subordonne l'adhésion. Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations après

réception de la mise en demeure leur demandant le règlement des cotisations arrivées à échéance.

Article 18 : Exclusion
Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté, conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.
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 19 : Conséquences de démission, de la résiliation, de la radiation et de l'exclusion
La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de résiliation ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

CHAPITRE 2 : Cotisations

Article 20 : Montant des cotisations
Le montant des cotisations est validé par l'Assemblée Générale.
Le détail des cotisations et des prestations figure sur l'échéancier envoyé à chaque adhérent.

Article 21 : Gratuité et parrainage
- Gratuité :

Pour toute nouvelle adhésion à un contrat des plaquettes OZEN, SAGESSE-et MODULA, le nouvel adhérent et ses ayants-droits bénéficieront du premier mois de cotisation offert.
- Parrainage :

Un membre participant qui parraine un nouvel adhérent à un contrat des plaquettes OZEN, SAGESSE et MODULA, bénéficiera d'un mois de cotisation offert. Cette offre n'est appliquée que pour l'adhérent principal.

Les contrats de groupes et les surcomplémentaires ne sont pas concernés par la gratuité et le parrainage.

CHAPITRE 3 : Prestations

Article 22 : Prescription des prestations
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 23 : Prise en charge des Professionnels de Santé
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 et accepté ce mode de paiement.

Article 24 : Remboursement Tiers-payant
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 : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

Article 25 : Conditions de remboursement
La mutuelle s'engage en faveur de l'amélioration des prestations insuffisamment remboursées par la sécurité sociale tout en valorisant le réseau mutualiste, conventionné et en participant à la maîtrise des dépenses de santé.
Les prestations sont définies comme suit et déclinées dans la notice de garanties.

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.
- 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.
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.
Tous nos forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

Les factures de remboursement devront comporter le nom et prénom du bénéficiaire, le tampon du praticien avec son numéro Adeli, la date des soins, l'acte effectué ainsi que la mention « Facture acquittée le : …».

Article 25 bis : Contrat responsable :
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 d'un euro 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, et la franchise annuelle visée par l'article L. 322-2 du Code de sécurité sociale.
- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant (article 7 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).
- 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 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).
- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au professionnel au dossier médical personnel (article 3 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).
- Le ticket modérateur en cas de non-présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée (article 6 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004). Les garanties respectent l'ensemble des règles du contrat responsable, sauf dispositions particulières expressément prévues aux dites garanties. Les montants et pourcentages communiqués dans le tableau des garanties sont fixés en application de la législation en vigueur à la date des soins.

Article 26 : Télétransmissions
Dans le cas de conventions de télétransmissions notre complément intervient après réception de l'image du décompte transmis par l'organisme de Sécurité Sociale.

Article 27 : 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 acquittée si nécessaire.
c) pour l'optique : La copie de la facture acquittée de l'opticien doit être jointe au double du décompte plus les ordonnances si nécessaire.
d) pour les hospitalisations, la facture acquittée détaillée : frais de séjour, honoraires, forfait journalier, et chambre individuelle
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.
f) cure thermale : décompte de la Sécurité Sociale, la facture acquittée des soins, la facture acquittée de l'hébergement et du transport pour le remboursement du forfait si prévu dans les garanties
g) surcomplémentaires : remboursement des prestations sur décompte Sécurité Sociale ou flux informatique, factures acquittées et ordonnances si nécessaire.

Article 28 : Action Sociale et fonds d'Action Sociale

Les prestations accordées revêtent un caractère accessoire. Elles sont délivrées de façon exceptionnelle et sous conditions définies par la Commission Sociale et présentées au Conseil d'Administration.
Un fonds d'action sociale est créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les membres participants et leurs ayants droit. Les sommes destinées à alimenter ce fonds sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en Conseil d'Administration.
L'octroi des aides relève de la compétence de la commission sociale qui a reçu délégation du Conseil d'Administration. Cette commission intervient dans le cadre du règlement Mutualiste approuvé par le Conseil d'Administration.

Article 29 : Décès d'un Adhérent
Lors d'un décès d'un adhérent ayant souscrit un contrat prévoyance, un dossier doit être rempli par le porte-fort afin de solliciter le versement des capitaux et indemnités prévus par notre distributeur ; selon le contrat prévu.

Article 30 : Prise en charge et Tiers Payant
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.

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 maladie dont relève l'adhérent. Les remboursements des frais des soins sont alors effectués 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, et d'une facture acquittée.

La mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le régime de sécurité sociale.

Article 31 : Obligations des adhérents
Sous peine de forclusion, les demandes de prestations doivent être déposées auprès de la Mutuelle, si elles ne sont pas télétransmises dans les deux ans qui suivent la date des soins.

CONTROLE
Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation des pièces complémentaires, y compris médicales.
Le service médical de la Mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat.
Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la Mutuelle à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale.
Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.
En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les soins concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

CHAPITRE 4 : Dispositions diverses

Article 32 : Subrogation

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.

L'adhérent ou l'un de ses ayants-droits doit faire une déclaration d'accident à sa mutuelle le plus rapidement possible.

Article 33 : Informatique et Liberté

Conformément au Règlement européen sur les données personnelles n° 2016/679 du 27 avril 2016 applicable le 25 mai 2018 complétant la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, la mutuelle est responsable du traitement de l'ensemble des opérations d'assurances et activités annexes pour lesquelles elle intervient comme acteur économique et doit tenir un registre ou une documentation interne complète recensant tous les traitements de données personnelles. Les données relatives aux membres participants et honoraires constituent des informations personnelles nominatives et sont protégées à ce titre par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relatives à l'informatique, aux fichiers et libertés.

La Mutuelle veille à ce que les membres participants consentent de manière claire et non équivoque, préalablement à l'adhésion, à la collecte puis au traitement de leurs données personnelles. La Mutuelle les informe de la finalité et de la base juridique du traitement (caractère règlementaire ou contractuel), des destinataires identifiés des données, de la durée de conservation des données et des modalités d'exercice des droits des adhérents concernés par le traitement à savoir, le droit d'accès, le droit de rectification et d'opposition, le droit à la portabilité des données en cas de changement d'organisme d'assurance ainsi que le droit à l'oubli qui peuvent être adresser, accompagner d'une copie du titre d'identité, à l'adresse suivante : MPOSS – 174 Avenue des Minimes 31200 Toulouse. La mutuelle met en place des procédures internes permettant d'assurer la protection des données dès la conception des traitements.

Elle met en place un dispositif lui permettant de notifier à la CNIL la survenance d'une violation des données engendrant un risque pour les droits et libertés des personnes physiques. 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. La Mutuelle s'engage à respecter toutes les obligations de cette loi et à ne pas utiliser les fichiers à d'autres fins que

celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la Mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la Mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle.
La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i) le recouvrement et le contentieux (ii), son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii), le respect de ses obligations légales et règlementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la règlementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v), toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.
Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).
Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).
Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités.
Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et règlementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.
L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.
L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.
Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.
Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).
L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - dont les coordonnées sont stipulées en annexe. Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - 75007 PARIS ou en ligne sur www.cnil.fr.

Article34 : Cas non prévus

Dans tous les cas non prévus par les statuts, le règlement mutualiste, le Conseil d'Administration statuera par vote définitivement et sans appel. Ces décisions seront portées à la connaissance des intéressés par note écrite.

Article 35 : Modification du Règlement Mutualiste

En cas de modification du règlement Mutualiste, le Conseil d'Administration portera ces modifications à la connaissance des membres participants par tout moyen à sa convenance. Les décisions prises devront être ratifiées par la prochaine Assemblée Générale.

Article 36 : Difficultés d'interprétations

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement Mutualiste ou en cas de litiges survenant entre l'adhérent et la mutuelle dans l'application des contrats, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur.
Le médiateur de la consommation de la Mutualité Française peut être saisi :

Soit par courrier adressé à :

Monsieur le Médiateur - Fédération Nationale de la Mutualité Française
255 Rue de Vaugirard - 75719 - Paris cedex 15

Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur :

https://www.médiateur-mutualité.fr/

Toutefois, afin de faciliter la relation entre la Mutuelle et l'adhérent, il est possible de faire un recours en interne auprès de la direction de la mutuelle.

Article 37 : Substitution

Toute opération de substitution décidée par l'Assemblée Générale donnera lieu à l'établissement d'une convention de substitution. Cette convention fixera les relations entre la mutuelle substituant et la mutuelle substituée.

Article 38 : Mise à disposition

Les statuts et le présent règlement sont dressés conformément aux dispositions du Code de la Mutualité.
Chaque membre participant reconnaît avoir pris connaissance des Statuts, et du Règlement Mutualiste, qui sont disponibles sur notre site internet, un envoi complémentaire par mail ou édition peut être effectué à la demande de l'adhérent.
Ces présents documents sont complétés par le bulletin d'adhésion et la plaquette d'information constituant l'ensemble des conditions générales et particulières de la Mutuelle pour le ou les contrat(s) choisi(s).

REGLEMENT MUTUALISTE MPOSS

CHAPITRE 5 : Dispositions relatives aux formules dites « Labellisées » Fonction Publique Territoriale

Article 39 : Objet
Le présent chapitre a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles les membres participants et leurs ayants droits peuvent adhérer aux garanties labellisées proposées par la MPOSS, agréée au Registre National des Mutuelles sous le numéro RNM 776 950 602, pour proposer ce type de contrats conformément à la législation sur la labellisation telle que définie par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et les arrêtés relatifs.

Article 40 – Conditions d'adhésion
L'adhésion au présent règlement Mutualiste est réservée à toute personne affiliée à un régime de base obligatoire. Ces contrats peuvent être diffusés sur toute la France et les DROM.
Les garanties de la gamme GROUPEO s'adressent aux agents et aux retraités des collectivités territoriales.

Article 41 – Prise d'effet du contrat
Pour la prise d'effet du contrat, la date retenue sera le 1er jour du mois en cours indiqué sur la demande d'adhésion, dûment signée.
La formule souscrite par l'adhérent est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.
Pour adhérer dans le cadre des présentes offres l'adhérent devra fournir une copie de sa fiche de paye ou une attestation faisant apparaître son statut de salarié de la fonction publique territoriale et sa date d'entrée.
Il pourra aussi être demandé un certificat de radiation de l'organisme précédent, précisant le montant du coefficient de majoration ou de non-majoration de la cotisation santé.
Il n'est pas prévu d'âge maximal d'adhésion.
Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents.

Article 42 – Garanties du contrat santé
Les garanties du contrat santé respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables. Il respecte la réglementation liée au parcours de soins et les conditions prévues au décret N° 2011-1474 du 8 novembre 2011, ainsi que ses quatre arrêtés d'application publiés au J.O. du 10 novembre 2011.

Article 43 – Majoration de cotisation de 2%
Une majoration de 2%, pour toute année non cotisée à un contrat labellisé ou à une convention de participation, postérieurement à l'âge de 30 ans est appliquée.

La majoration n'est pas appliquée :
- pour les nouveaux agents, qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée dans la fonction publique ;
- pour les agents en fonctions à la publication du décret et aux retraités, qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 4 de l'arrêté) ;
- aux agents et retraités qui adhéraient déjà à un règlement ou à un contrat pour lequel un label est délivré dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés.

****

REGLEMENT MUTUALISTE MPOSS

Mise à jour le 26/03/2026.