



**MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS**  
Maison de la Mutualité  
1 Rue François Moisson – 13002 Marseille

**Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au  
Registre National des Mutuelles sous le n° 782 825 368**

**REGLEMENT MUTUALISTE**

Dernière mise à jour le 22 juin 2010

## **ARTICLE 1<sup>er</sup> : Objet**

Le règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements réciproques entre la mutuelle et ses membres participants, tels que définis dans ses statuts, en ce qui concerne le régime des prestations et des cotisations et résultant d'une adhésion individuelle.

Le règlement peut être modifié dans les conditions prévues par les statuts de la mutuelle.

Les garanties proposées par la mutuelle sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

## **ARTICLE 2 : Prise d'effet des garanties**

Les garanties prennent effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion. La date de prise d'effet des garanties peut être différente de l'acte d'adhésion validé par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions du règlement. Il peut être mis un terme à cette adhésion dans les conditions de formes et de délais prévues aux articles 4 et 5 du présent règlement.

Les garanties dont bénéficient les adhérents sont précisées dans le bulletin d'adhésion. Celles-ci sont acquises :

- Immédiatement, pour les risques suivants : *soins externes en hôpitaux, actes opératoires, transports en ambulance (hors hospitalisation), consultations et visites, pharmacie vignettes bleues et blanches, verres, montures, lentilles, radiologie, laboratoire, auxiliaires médicaux, orthopédie - appareillage, densitométrie osseuse, amniocentèse refusée et soins dentaires ;*
- Après une période de stage de 6 mois pour les risques suivants : hospitalisation chirurgicale et médicale, forfait hospitalier, séjour accompagnant enfant de moins de 16 ans, maison de repos et établissements spécialisés, chambre particulière (hors maternité), cures thermales, acoustique, prothèse capillaire, forfait verre, prothèses dentaires et orthodontie ;
- Après une période de stage de 10 mois pour les risques suivants : hospitalisation obstétricale, chambre particulière maternité ;
- Après une période de stage de 12 mois pour les risques suivants : forfait de cures thermales et forfait chirurgie oculaire

Ces délais de stage sont supprimés en cas de mutation d'une complémentaire santé pour les mêmes garanties, sur présentation d'un certificat de radiation dans les trois mois et à condition qu'il n'y ait pas d'interruption dans le paiement des cotisations.

Les nouveaux nés peuvent être garantis immédiatement dès réception de la demande.

Les changements de garanties, résultant d'un changement d'option, ou d'une extension des garanties au profit de nouveaux bénéficiaires, sont acquis dans les mêmes conditions. Les stages sont appliqués pour toute prestation de niveau supérieur à celui de l'option d'origine.

## **ARTICLE 3 : Suspension et remise en vigueur des garanties**

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'en demander le paiement en justice, les garanties proposées peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure adressée au

membre participant (article L 221-7 du Code de la Mutualité). 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.

La garantie suspendue, sous réserve des stipulations de l'article 5 ci-après, 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 ayant fait l'objet de la mise en demeure, les fractions de cotisations venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

#### **ARTICLE 4 : Résiliation des garanties par les membres participants**

Chaque membre participant peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle dans les conditions prévues par le présent règlement et le bulletin d'adhésion individuel, dans les deux cas suivants :

- A la fin de chaque année civile, à la condition d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle, au moins deux mois avant.
- Lors d'une modification de sa situation (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies, ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial et de profession ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle), lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, en adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de l'événement. Dans ce cas, la fin de l'adhésion prend effet un mois après la réception de sa notification (article L.221-17 du Code de la Mutualité). Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la 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.
- Dans le cadre des dispositions relatives aux adhésions à tacite reconduction prévues par l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.

#### **ARTICLE 5 : Résiliation des garanties par la mutuelle**

La mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant, dans les cas suivants :

- En cas de défaut de paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- Lors d'une modification de la situation du membre participant (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial et de profession ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle), lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, en lui adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de la révélation de l'événement. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification (article L.221-17 du Code de la Mutualité). Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la 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.

- En cas de fausse déclaration intentionnelle, d'une part, en cas d'omission d'informations ou d'inexactitude des informations fournies et de mauvaise foi (articles L.221-15 et L.221-17 du Code de la Mutualité), pour les éléments visés à l'article 11 du présent règlement.

La mutuelle adresse valablement les mises en demeure et notifie valablement les résiliations au dernier domicile connu du membre participant.

## **ARTICLE 6 : Conséquences des résiliations sur les droits aux prestations**

La garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation.

## **ARTICLE 7 : Tiers payant**

Les prestations garanties par la mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers-payant. S'il veut bénéficier de ce service, le membre participant, ou ses ayants droit, devra présenter sa carte mutualiste à jour des cotisations au professionnel.

## **ARTICLE 8 : Frais pris en charge**

La mutuelle s'engage, sauf application du tiers payant dans les conditions prévues à l'article 7 ci-dessus, à rembourser aux membres participants :

- Dans la limite des pourcentages ou des montants fixés à l'article 10 ci-après et selon l'option choisie au bulletin d'adhésion, la portion de leurs frais non remboursés par le régime d'assurance maladie obligatoire ;
- Dans la limite des sommes et pourcentages fixés à l'article 10 et selon l'option choisie, les frais exclus des remboursements dudit régime.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par la mutuelle répondent aux modalités et conditions instaurées par le décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005 précisées ci-dessous :

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

- La participation forfaitaire de 1€ pour chaque acte et consultation ou acte de biologie ; plafonnée forfaitairement à 50€ par an par bénéficiaire (art. L.322-2.II CSS)
- La franchise sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires, plafonnée forfaitairement à 50€ par an par bénéficiaire (art. L.322-2.III CSS)
- Les majorations de participation dues sur les consultations, actes et prescriptions effectués sans l'intermédiaire du médecin traitant ainsi que celles sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'autorise pas l'accès à son dossier médical (art. L.162-5.18° et L.161-36-2 CSS)
- Les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations de certains spécialistes consultés sans prescription du médecin traitant (art. L.162-5.18° CSS).

Les montants ci-dessus sont ceux fixés par la réglementation de la sécurité sociale en vigueur. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles de modification.

Les moins de 18 ans ne sont pas soumis à la franchise et à la participation forfaitaire. Il en est de même pour les actes effectués dans le cadre d'une maternité ou d'une hospitalisation.

En application de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, la mutuelle prend en charge dans la limite des dépenses engagées :

- 30% du tarif opposable conventionnel des consultations du médecin traitant
- 30% de la base de remboursement de la sécurité sociale des médicaments prescrits par le médecin traitant
- 35% de la base de remboursement de la sécurité sociale des frais d'analyses ou de laboratoire prescrits par le médecin traitant,
- Dans les mêmes proportions que ci-dessus, les consultations effectuées sur prescription du médecin traitant ainsi que les prescriptions y afférentes,
- Au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires et définies sur une liste établie par arrêté ministériel.

## **ARTICLE 9 : Conditions du remboursement des frais médicaux**

Pour obtenir le règlement des prestations et à défaut d'application de la télétransmission, le membre participant doit faire parvenir à la mutuelle, les justificatifs suivants :

- Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire,
- Les originaux des factures des établissements hospitaliers et des professionnels de santé, factures subrogatoires, notes d'honoraires des chirurgiens, portant la mention « acquitté le » ou « payé le »
- Les notes d'honoraires et autres frais portant la mention « acquitté le » ou « payé le » afin de justifier les dépenses réelles.

Les demandes de paiement des honoraires médicaux et fournitures accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date de l'acte médical.

## **ARTICLE 10 : Tableaux des prestations**

Les prestations offertes par la mutuelle sont les remboursements de frais fixés selon l'option choisie par le membre participant dans le bulletin d'adhésion, en complément des prestations accordées par leur régime d'assurance maladie obligatoire, au titre des soins nécessités par une maladie ou un accident garantis par la mutuelle.

Les tableaux des prestations figurent en annexe 1.

Les prestations offertes par la mutuelle sont les remboursements de frais fixés selon l'option choisie par le membre participant dans le bulletin d'adhésion, en complément des prestations accordées par leur régime d'assurance maladie obligatoire, au titre des soins nécessités par une maladie ou un accident garantis par la mutuelle, selon l'option choisie.

En fonction de la garantie choisie, la mutuelle peut aussi pratiquer des remboursements sur des actes non tarifés par l'Assurance Maladie.

Les prestations garanties se cumulent avec celles des régimes d'assurance maladie obligatoire mais viennent en complément de celles-ci ou de celles de même nature qui pourraient être garanties au membre participant pour les mêmes dommages du fait de l'existence d'un autre régime de

prévoyance collective ou d'un contrat d'assurance antérieur au présent contrat, sans qu'il puisse recevoir une somme totale supérieure à 100 % de ses débours.

Les prestations offertes en inclusion des garanties santé de la mutuelle et intitulées « prévoyance » sont des versements d'allocations ou de primes aux membres participants en cas de survenance des risques définis par les contrats souscrits, ainsi que l'accès à un service d'assistance à la vie quotidienne.

Ces prestations sont garanties par :

- la Mutuelle de France – Prévoyance (MFP) sise Site d'activités des Paluds – Pôle Performance C1 – 447, avenue de Jouques BP 1401 – 13785 Aubagne Cedex
- la Mutuelle des Etudiants (LMDE) sise 37 rue Marceau – BP 210 – 94203 Ivry-Sur-Seine

De manière générale, la mutuelle ne couvre pas les dépenses liées :

- A la participation forfaitaire des assurés sociaux instituée par l'article L322-2-II du Code de la Sécurité Sociale,
- Aux majorations de la participation de l'assurés résultant de l'article L322-2-I du Code de la Sécurité Sociale (majorations du ticket modérateur),
- Aux dépassements d'honoraires autorisés que peuvent pratiquer les médecins en application de l'article L625-5-18)\* du Code de la Sécurité Sociale (consultation de certains spécialistes sans prescription préalable du médecin traitant).

Dans l'intérêt de ses membres, la mutuelle peut rechercher la conclusion d'accords, dans le cadre de convention(s), visant à faire bénéficier ses adhérents d'un tarif mutualiste spécifique avec des structures sanitaires et sociales privées et publiques, ainsi qu'avec des professionnels de santé (médical, paramédical) présents sur ses zones d'intervention. Ce type d'accords est ouvert à toute structure sanitaire et sociale, et à tout professionnel de santé qui s'engage à respecter le cadre souhaité par la mutuelle.

#### **ARTICLE 11 : Informations à transmettre en cas de modification de la situation de l'adhérent ou de ses ayants droit et modalités de transmission de ces informations**

Les modifications dans la situation du membre participant ou de ses ayants droit (en cas de changement d'état civil, de profession, de naissance, de scolarité, de cessation ou de changement d'affiliation d'un ayant droit, de changement de domicile) sont portées à la connaissance de la mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par déclaration dans les bureaux d'accueil de la mutuelle.

#### **ARTICLE 12 : Modification par l'adhérent des garanties choisies**

L'adhérent a la possibilité d'effectuer un changement d'option ou une extension des garanties aux conditions suivantes :

- Etre à jour de ses cotisations au moment de la demande
- Etre adhérent de la MSP depuis plus de 12 mois

L'adhérent doit informer la mutuelle de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par déclaration écrite dans les bureaux d'accueil.

La mutuelle adresse les documents nécessaires et enregistre la modification à réception de l'ensemble des documents dûment complétés et signés.

Le changement d'option ou de garantie prend effet au début du trimestre civil suivant la demande de changement d'option.

Le changement d'option ou de garantie est irrévocable pendant une période de 12 mois à compter de sa prise d'effet.

### **ARTICLE 13 : Fixation des cotisations – Modifications des montants ou des taux**

Le montant ou le taux des cotisations sont fixés par l'assemblée générale de la mutuelle, dans les conditions prévues par les statuts.

Par exception sont dispensés du paiement des cotisations les bénéficiaires de la CMU affiliés à la mutuelle, dans les conditions et limites énoncées par la loi du 27 juillet 1999 et ses dispositions réglementaires d'application.

### **ARTICLE 14 : Information des adhérents**

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont portées à la connaissance des adhérents par courrier.

### **ARTICLE 15 : Paiement des cotisations**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, en fonction de l'option choisie, de l'âge du membre participant et de la composition familiale, affectée à la couverture des prestations. Elle est payable par avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Les cotisations et contributions destinées aux organismes supérieurs (unions, fédérations) ou autres organismes du secteur de l'économie sociale, sont ajoutées à la cotisation définie à l'article 13 ci-dessus :

- Grand Conseil de La Mutualité - 1 rue François Moisson - 13002 Marseille (2 Euros par an et par membre participant)
- Grand Conseil de La Mutualité - 1 rue François Moisson - 13002 Marseille (9,50 euros de contribution exceptionnelle en 2010) et par membre participant)
- L'Union de Représentation des Mutuelles de France - (10,15€/an/membre participant dont 3,07€ pour la FMF, 1€ pour l'Union de Regroupement Mutuelles de France Méditerranée et 6,08€ pour la FNMF).
- l'Union Nationale des Mutuelles de Fonctionnaires Territoriaux (UNMFT) – 30, rue Servient – 69003 Lyon (2,20€ par an et par membre participant relevant de la fonction publique territoriale) incluant la cotisation à la Mutualité Fonction Publique
- l'Union Nationale des Mutuelles de Santé (UNS) - 26, boulevard Beaumarchais 75011 PARIS (3,16€ par an et par membre participant relevant de la fonction publique hospitalière) incluant la cotisation à la Mutualité Fonction Publique
- Priorité Santé Mutualiste (0,30€/an/membre participant pour l'année 2010)

Le règlement de la cotisation peut s'effectuer par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou similaire, par précompte sur le salaire ou chèque bancaire.

Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de dix euros (10 €). La cotisation de membre honoraire est payable en une fois, annuellement par prélèvement automatique sur compte bancaire.

### **ARTICLE 16 : Subrogation**

La mutuelle est subrogée dans les conditions prévues par l'article L.224-9 du Code de la Mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables. La mutuelle ne peut poursuivre le 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 l'organisme mutualiste 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.

### **ARTICLE 17 : Prescription**

Les actions dérivant du présent règlement sont prescrites dans les conditions prévues par l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

### **ARTICLE 18 : Loi applicable**

La loi applicable au présent règlement est la loi française.

## LEXIQUE

<b>Accident :</b>	Événement soudain imprévu et extérieur à la victime ayant pour elle, des conséquences matérielles et/ou physiques.
<b>Assurance maladie obligatoire : (Sécurité sociale)</b>	Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.
<b>Ayant droit :</b>	Le (ou les) bénéficiaire(s) des prestations de la mutuelle, en raison d'un lien avec un membre participant (conjoint, enfant, concubin).
<b>Cotisation :</b>	Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties de l'assurance complémentaire maladie et éventuellement des services proposés.
<b>Délai de stage :</b>	Période qui suit l'adhésion et pendant laquelle l'adhérent cotise à une complémentaire maladie sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques.
<b>Domicile :</b>	Lieu de résidence ou adresse du membre participant précisé dans le bulletin d'adhésion.
<b>Hospitalisation :</b>	Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet un traitement médical ou chirurgical
<b>Maladie :</b>	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
<b>Membre participant :</b>	La (ou les) personne(s) physique(s) adhérentes à la mutuelle et bénéficiant de ses prestations.
<b>Nomenclature des actes professionnels :</b>	Liste des actes médicaux remboursables par les régimes obligatoires. Les actes sont symbolisés par une lettre : exemple : C = consultation, K = actes opératoires.
<b>Tarif d'autorité :</b>	(Pour les actes pratiqués par la minorité de professionnels non conventionnés). Tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec la sécurité sociale.
<b>Tarif de convention :</b>	(Pour des actes pratiqués par des professionnels conventionnés). Tarif résultant des conventions entre les professionnels de santé et la sécurité sociale. Ce tarif sert de base aux remboursements de la sécurité sociale.
<b>Ticket modérateur :</b>	Fraction des dépenses laissée à la charge de l'assuré social et calculée sur la base d'un tarif de responsabilité. Le ticket modérateur peut être très inférieur à la dépense réellement laissée à la charge du patient. Le ticket modérateur varie selon les catégories de prestations. Il peut être réduit ou supprimé dans certains cas, notamment en cas de maternité, accident du travail, actes chirurgicaux importants.
<b>Tiers payant ou dispense d'avance de frais :</b>	Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire au lieu et place de l'assuré.
<b>Transport :</b>	Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche. Le membre participant garde le libre choix de l'établissement hospitalier.