

REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE D'ARGENSON ET DES FONCTIONNAIRES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC

(Article 4 des Statuts)

Assemblée Générale 2019
Siège Social : 7/9 Villa de Lourcine 75014 PARIS

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 Dénomination

Il est constitué une Mutuelle dénommée Mutuelle d'Argenson et des Fonctionnaires de l'Enseignement Public qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif régie par le Code de la mutualité, inscrite au SIREN n° 325 697 258, et soumise aux dispositions du Livre II de ce Code.

En application des Articles L. 211-5 et R. 211-27 du Code de la mutualité, La Mutuelle du Rempart, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, inscrite sous le n° SIREN 776950537 dont le siège est 4/6 Bd de Strasbourg, BP7161, 31072 Toulouse cedex 02 ; se substitue intégralement à la Mutuelle d'Argenson pour la constitution des garanties d'assurance maladie (convention de substitution approuvée par l'ACPR) ainsi qu'accident et décès offertes aux membres participants de la cédante et à leurs ayants-droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches d'assurance 1, 2 et 20, tels qu'ils sont définis dans le Règlement Mutualiste.

Article 2 Objet

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle d'Argenson et des Fonctionnaires de l'Enseignement Public en ce qui concerne les prestations et les cotisations selon l'Article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Article 3 Catégories de bénéficiaires

Les membres participants de la Mutuelle se répartissent suivant six formules (ou modules) :

- Module de base: Tous les assurés sociaux salariés ou travailleurs indépendants, actifs ou retraités selon leur tranche d'âge.
 - Moins de 60 ans
 - Plus de 60 ans

- Formule Sur-complémentaire : Tous les assurés sociaux salariés ou travailleurs indépendants, actifs ou retraités qui relèvent déjà d'un Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie (O.C.A.M.) selon leur tranche d'âge.
 - Moins de 60 ans
 - Plus de 60 ans
- Formule Supérieure : Tous les assurés sociaux salariés ou travailleurs indépendants, actifs ou retraités selon leur tranche d'âge.
 - Moins de 60 ans
 - Plus de 60 ans
- Formule Complémentaire Santé : Tous les assurés sociaux salariés ou travailleurs indépendants, actifs, demandeurs d'emploi ou retraités, selon leur tranche d'âge.
 - Junior (moins de 30ans)
 - Senior 1 (30 à 60 ans)
 - Senior 2 (plus de 60 ans)

Module 5 dit « ex-SMFEP » : les adhérents régulièrement inscrits à la Société Mutualiste des Fonctionnaires de l'Enseignement Public (S.M.F.E.P.) à la date de l'Assemblée Générale du 3 mai 2007, qui continuent à verser leurs cotisations et qui conservent leurs titres et droits après admission à la retraite.

La Mutuelle propose également aux PME et TPME des Contrats Collectifs «employeurs» pratiquent et avantageux pour leurs salarié(e)s.

Remarque: Le choix des formules est effectué pour une durée minimale de douze mois.

TITRE II : OBLIGATIONS

Chapitre 1 – Obligations des adhérents envers la Mutuelle.

Article 4 Respect des Statuts et Règlements

Toute personne qui souhaite être membre participant de la Mutuelle fait acte d'adhésion, et reçoit gratuitement copie des Statuts et Règlements de la Mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte l'acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis par le Règlement.

Les modifications des Statuts et Règlements décidées par l'Assemblée Générale s'imposent aux membres participants dès qu'elles ont été portées à leur connaissance.

Article 5 – Cotisations

Les membres participants s'engagent, pour eux, et éventuellement pour leurs ayants-droit, au paiement d'une cotisation.

Chaque année l'Assemblée Générale fixe le taux d'évolution des cotisations et compléments de cotisation des mutualistes.

Il n'est pas dû de complément de cotisation à partir du 4ème enfant couvert.
Les membres honoraires paient une cotisation définie à l'Article 6 du présent Règlement.

Article 6 Règlement de la cotisation

La cotisation à la Mutuelle d'Argenson et des Fonctionnaires de l'Enseignement Public est annuelle.

Les modalités de règlement de la cotisation et du complément de cotisation par le membre participant sont définies dans le bulletin d'adhésion.

Le paiement est possible par an, par semestre, par trimestre, ou par mois, par chèque, espèces ou virement sur notre compte bancaire.

Défaut de paiement de la cotisation :

Les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation, ou leur droit d'adhésion dans les 10 jours de l'échéance, peuvent être radiés.

En application de l'Article L. 221-7 la Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours après la mise en demeure du membre participant, par lettre recommandée.

A défaut de paiement dix jours après la date d'échéance de la cotisation, la mutuelle adresse au membre participant une lettre recommandée par laquelle il est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie 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 annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Le Conseil d'Administration peut surseoir à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation ou, le cas échéant, le droit d'adhésion (cf. Art. L. 221-7 du Code de la mutualité).

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Faculté de résiliation annuelle :

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance.

Article 7 Tableau des cotisations (Annexe 1)

Article 8 – Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion reçue après le 15 du mois prend effet le 1er du mois suivant.

Chapitre 2 – Obligations de la Mutuelle envers ses membres participants

Article 9 Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres sont prévus dans le Règlement Mutualiste les concernant.

Toute modification des Statuts et du (ou des) Règlement(s) décidée(s) par l'Assemblée Générale sera notifiée aux membres par courrier individuel.

Toute information due par la mutuelle à ses membres en vertu des dispositions légales ou réglementaires sera notifiée.

Article 10 Plafond du remboursement

Le remboursement effectué par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais engagés par l'adhérent ou ses ayants droits, déduction faite des remboursements de toute nature auxquels l'adhérent pourrait avoir droit, y compris ceux de la Sécurité Sociale ou d'un autre Organisme Complémentaire de l'Assurance Maladie.

Article 11 Subrogation

Le membre participant victime d'un accident doit le déclarer à la Mutuelle par courrier simple, indépendamment de l'information de son Organisme d'Assurance Maladie obligatoire.

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant, bénéficiaire(s) ou ayant(s) droit, victime(s) d'un accident dans son (leur) 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 présence de plusieurs garanties, les règles d'ordre public sur les assurances, issues de l'Article 9 de la Loi Evin du 31 décembre 1989, et de l'Article 2 de son décret d'application du 30 août 1990, sont appliquées.

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 12 – Délai de prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le Titre II du Livre II du Code de la mutualité se prescrivent par deux ans à partir de l'évènement qui lui donne naissance, sous les réserves prévues par l'Article L. 221-11 du Code de la mutualité.

TITRE III : Prestations des Branches 1 (Accidents) et 2 (Santé) selon les Formules ou Modules

Article 13 – Délais de carence du droit aux prestations

Pour percevoir leurs prestations les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations à la date de la prestation. Le délai d'attente débute à compter de la date d'effet de l'adhésion. Ce délai est de 6 mois.

Toute période de cessation de versement de la cotisation ou des compléments de cotisation dus prolonge le délai d'attente.

Les membres mutés d'une précédente Mutuelle ou fournissant une attestation de fin de C.M.U. de moins de trois mois sont dispensés de délai de carence.

Tout Mutualiste souhaitant le passage dans une catégorie supérieure sera passible des stages de sociétariat pour les prestations ou suppléments de prestations pour lesquels il ne les aurait pas déjà effectués.

Le droit aux prestations prend effet :

Pour le Module dit «de base» et les Formules «supérieure» et «complémentaire santé»:

- Dans un délai de 6 mois pour les prestations maternité et de solidarité (soins particulièrement coûteux, adoption d'enfant, naissance, difficultés pécuniaires entraînées par la maladie ou le décès).
- Dans un délai de 6 mois (hospitalisation, forfaits, prothèses).
- Immédiatement après l'adhésion pour les autres prestations.
- Les prestations forfaitaires de la Mutuelle couvrent une période de 12 mois de date à date par personne dans la limite de la dépense engagée, à l'exception du forfait cure, du forfait d'ostéodensitométrie et des forfaits journaliers lors d'une hospitalisation qui sont eux calculés par année civile.

Pour la Formule «sur-complémentaire» et le Module «ex-SMFEP»:

- Si le membre participant a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé

Article 14 Prestations maladie et maternité du Module dit «de base» et des Formules «supérieure» et «complémentaire santé»:

Ces prestations sont assurées aux membres participants et à leurs bénéficiaires en complément de la législation Sécurité Sociale, selon l'Article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Elles concernent les domaines suivants :

- Actes médicaux courants, Pharmacie, Dentaire, Optique, Prothèses, Hospitalisation.
- Les montants des remboursements effectués par la Mutuelle figurent au tableau des prestations (Annexe 2 du présent Règlement).
- Les prestations maladie sont assurées dans le respect des dispositions relatives au contrat responsable mentionnées à l'Article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 15 Tableau des Prestations

Module de base (Annexe 2)
Formule Sur-complémentaire (Annexe 3)
Formule Supérieure (Annexe 4)
Formule compl. Santé (Annexe 5),
Module «ex-SMFEP» (Annexe 6)

Article 16 – Aides exceptionnelles

Pour tout Module ou Formule, les adhérent(e)s peuvent solliciter une aide exceptionnelle. Celle-ci est attribuée par le conseil d'Administration sur proposition de la Commission de solidarité après examen du dossier et des justifications nécessaires et dans la limite des crédits votés par l'Assemblée Générale. Pour être prise en considération, tout dossier de demande d'aide exceptionnelle devra justifier d'une ancienneté d'adhésion à la Mutuelle d'Argenson d'au moins trois années continues.

TITRE IV : PRESTATIONS DE LA BRANCHE 20 (Vie-Décès) – Module 5

Article 17 Prise d'effet

Les dispositions du présent titre ont été adoptées par l'Assemblée Générale du 3 mai 2007.

Elles annulent et remplacent toutes les dispositions antérieures sous la réserve générale d'une garantie générale de maintien des droits si une disposition antérieure était plus favorable.

Article 18 – Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'un capital qui sera versé en cas de décès du membre participant, conformément aux dispositions de la branche 20 (Vie-Décès) du Code de la mutualité.

Article 19 – Admission

Sont seuls admis les adhérents à jour de leurs cotisations à la date de l'Assemblée Générale de fusion du 3 mai 2007 sur première convocation et du 21 mai 2007 sur deuxième convocation.

Le Module V ne reçoit plus de nouvelles adhésions.

Article 20 – Montant de la Garantie

Pour les membres participants adhérents aux contrats A et B :

- L'allocation décès versée est de 640 €.
- La répartition de l'allocation est la suivante :
 - 400 € d'allocation décès versée au bénéficiaire désigné
 - 240 € d'allocation pour frais d'obsèques versée à la personne qui en a assumé la charge (en application de l'article 25)

Pour les membres participants adhérents aux contrats C :

- L'allocation pour frais d'obsèques versée est de 240 €.

Article 21 Formalités à accomplir en cas de décès

Capital décès : En cas de décès du membre participant, le(s) bénéficiaire(s) transmet (tent) à la Mutuelle la justification du décès, sous la forme d'un bulletin ou extrait d'acte de décès délivré par la mairie ou d'un certificat notarié et d'un relevé d'identité bancaire ou postale de chaque bénéficiaire.

Capital frais d'obsèques : La personne qui en a assumé la charge transmet à la Mutuelle la justification du décès, sous la forme d'un bulletin ou extrait d'acte de décès délivré par la mairie ou d'un certificat notarié, accompagné de la facture acquittée du Service de pompes funèbres et d'un relevé d'identité bancaire ou postale permettant le remboursement.

Article 22 – Montant de la Cotisation

La cotisation annuelle chargée (décès), propre à ces garanties (contrats A, B ou C) est un montant identifié dans la cotisation générale.

En date du 1er janvier 2007, il est fixé au tarif suivant :

	A et B	C1	C2
< 66 ans	5,54 €	10 €	1 €
≥ 66 ans	22 €	10 €	1 €

Le montant de cette cotisation (décès) est inchangé pendant toute la durée du contrat.

Article 23 – Mise en réduction

En cas d'arrêt de versement des cotisations, La garantie se poursuit pour un capital réduit.

Article 24 – Rachat du contrat

Le contrat peut faire l'objet d'un rachat à la demande expresse du membre participant lorsque deux cotisations annuelles ont été versées.

Le rachat ne peut être que total et met fin définitivement au contrat.

Le règlement effectué dans le délai de 30 jours de la demande sur la valeur arrêtée au dernier jour du mois précédent le règlement. Si le paiement n'est pas effectué dans le délai de 2 mois, les sommes non versées produisent intérêts au taux légal majoré de moitié durant 2 mois, puis à l'expiration de ce délai de 2 mois au double du taux légal.

Article 25 – Compte individuel – Provision mathématique

Un compte individuel est ouvert au nom de chaque membre participant. La Mutuelle y inscrit la provision mathématique de l'adhésion établie conformément aux dispositions de Code de la mutualité.

Article 26 – Désignation des bénéficiaires en cas de décès

Dans le respect de l'application des dispositions légales en matière d'acceptation de la désignation du bénéficiaire, le membre participant désigne le (ou les) bénéficiaire(s) de la prestation décès et, en ce qui concerne la prestation obsèques, par priorité, le Service de pompes funèbres qu'il a choisi et indiqué, ainsi que le (ou les) bénéficiaire(s) du reliquat éventuel du capital :

- sur son bulletin d'adhésion, mention reproduite dans le certificat d'adhésion,

- par pacte sous seing privé ou acte authentique,
- sur un avenant émis ultérieurement au contrat.

La Mutuelle doit, par la suite, être avisée de tout changement de bénéficiaire pouvant survenir pendant la période garantie. Cette modification prend effet dès la réception par la Mutuelle de la déclaration datée et signée par le membre participant désignant le (ou les) nouveau(x) bénéficiaire(s).

La survenance de la naissance d'un enfant postérieurement à la désignation du (ou des) bénéficiaire(s) ne remet pas en cause la désignation particulière préalablement effectuée par le membre participant. Il lui appartient le cas échéant de la modifier par une déclaration écrite expresse transmise par lettre recommandée avec A-R au Président de la Mutuelle d'Argenson & smfep.

A défaut de désignation particulière exprimée par le membre participant, la clause type suivante est appliquée sur la situation constatée au jour du décès :

- le conjoint non juridiquement séparé non divorcé, s'il est en vie,
- à défaut, les enfants nés ou à naître, à parts égales (la part revenant à un enfant décédé étant attribuée s'ils en existent aux propres enfants nés ou à naître de l'enfant décédé de l'assuré, et à défaut étant répartie entre les enfants encore en vie ou à naître de l'assuré décédé),
- à défaut le co-titulaire de PACS non dissous s'il est en vie, à défaut le concubin notoire s'il est en vie,
- à défaut la succession légale, dans la proportion de chacun dans cette succession,
- à défaut la Mutuelle pour ses actions de prévention et de solidarité.

TITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 – Action Sociale et Services

L'adhérent est informé des services et des établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès, ainsi que des organismes auxquels la Mutuelle d'Argenson et des Fonctionnaires de l'Enseignement Public adhèrent.

Article 28 – Délai de versement des prestations

Le remboursement est effectué dans les meilleurs délais autorisés par les modalités de transmission des données informatiques.

Article 29 – Loi applicable

La loi applicable au présent règlement est la loi française à l'exclusion de toute autre, quel que soit le lieu de réalisation du risque, ou le lieu de résidence du membre participant, en application de l'Article L. 225-2 du Code de la mutualité.

Article 30 – Contrôle des garanties

Les garanties proposées par la Mutuelle d'Argenson et des Fonctionnaires de l'Enseignement Public sont régies par le Code de la mutualité.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolutions (A.C.P.R) veille au respect des dispositions législatives et réglementaires du Code de la mutualité.