

LA MUTUELLE CATALANE

20 Av. de Grande Bretagne 66029 PERPIGNAN CEDEX
Tél. : 04.68.34.45.66 Fax : 04.68.51.21.29

Validé lors de l'Assemblée Générale du Samedi 24 Juin 2017.

REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE CATALANE

ARTICLE 1 : OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement a pour objet de définir les engagements contractuels liant la Mutuelle Catalane dénommée ci-après "la mutuelle", aux participants (adhérents individuels, adhérents collectifs) :

- Pour les prestations frais de santé complémentaires aux régimes de base de la Sécurité Sociale;
- Pour divers forfaits.

L'engagement réciproque du participant et de ses bénéficiaires, et de la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion individuel, qui comporte les extraits du présent règlement afférents aux opérations individuelles.

L'engagement réciproque entre une personne morale, ci-après dénommée participant (entreprises/associations...), au profit de ses salariés ou de ses membres, résulte de la souscription par cet adhérent d'un contrat collectif auprès de la mutuelle, qui contiendra les extraits du présent règlement afférents aux opérations collectives.

Les droits et obligations particuliers de la mutuelle et de l'adhérent sont également constatés dans ce contrat, conformément à l'article L 221.2 du Code de la Mutualité.

Il sera fait application des statuts de la mutuelle pour tous les aspects ne faisant pas l'objet du présent règlement, et notamment sa modification, ou du contrat collectif.

ARTICLE 2 : PERSONNES

2.1 Dispositions communes aux adhésions à titre individuel et aux assurés garantis par un contrat collectif

Peuvent être bénéficiaires des garanties du contrat :

- **L'assuré social affilié dénommé « participant » ("adhérent individuels" ou « adhérent collectifs »),**
- **Son conjoint (salarié ou non)**
- **Son concubin au sens de l'article 515-8 du Code Civil (salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec l'adhérent.**
- **Les enfants à charge répondant à la définition suivante :**
 - Les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension
 - Les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale, à savoir :

- ❖ Les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.
- ❖ Les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global.
- ❖ Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité), pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que de l'adhérent est autorisé à déduire de son revenu imposable.

- **Toute autre personne à charge du participant, au sens des assurances sociales.**

La mutuelle se réserve le droit, à tout moment, de demander de l'adhérent de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par son adhésion (notamment, extrait des informations administratives contenues dans la carte Sésame Vitale ou avis d'imposition).

2.2 Dispositions propres aux contrats collectifs

Sont assurées au titre du contrat collectif obligatoire ou facultatif les personnes affiliées pour elles-mêmes et les bénéficiaires potentiels.

Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, l'entreprise ou l'association s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés ou membres. (Présents et nouveaux) **dans la limite des cas de dispense d'affiliation prévue par la loi.**

ARTICLE 3 : DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION

Une demande d'adhésion à titre individuel ou d'affiliation au contrat collectif doit être complétée et signée par le participant. Aucune formalité médicale n'est exigée préalablement à l'adhésion.

3.1 Adhésion individuelle

3.1.1 Age à l'adhésion :

Il n'y a pas de limite d'âge à l'adhésion.

3.1.2 Garantie viagère :

Sous réserve du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration, la garantie est définitivement acquise au participant dès la date à laquelle son affiliation prend effet. Le participant ne peut être exclu de la garantie en raison de son état de santé.

3.1.3 Date d'effet de l'adhésion et reconduction :

La date d'effet de l'adhésion est fixée **au plus tôt au premier jour du mois suivant** la réception par la mutuelle de la demande d'adhésion. L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf démission exprimée au moins deux mois avant cette date par le participant, par lettre recommandée.

Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible, pour tout assuré qui bénéficie du dispositif CMU pour sa partie complémentaire, de l'ACS (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé), d'un contrat obligatoire entreprise.

La demande de résiliation doit être exprimée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagné du justificatif du motif de radiation.

La radiation prendra effet le 1^{er} du mois suivant la réception du justificatif.

La résiliation par le participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Les frais engagés dans le cadre des garanties souscrites sont couverts à compter de la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion.

3.1.4 Délais d'attente :

Il n'y a pas de délai d'attente pour l'ensemble des prestations.

3.1.5 Changement de contrat : sous réserve d'une année d'ancienneté

La demande de changement de contrat est possible, sous certaines réserves :

Cette modification peut avoir lieu dans le cadre d'une hausse ou d'une baisse en gamme, sur demande expresse et écrite de l'adhérent et sur validation au cas par cas de la Direction de la Mutuelle, à condition d'avoir au moins 1 an d'ancienneté de garantie.

Si la demande est acceptée, alors le changement de garantie est effectif au 1^{er} du mois suivant la demande écrite.

La demande de changement de contrat n'est possible qu'une seule fois.

3.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires

Le contrat prend effet le premier jour du mois suivant la date d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

3.3 Dispositions propres aux contrats collectifs obligatoires

Le contrat se renouvelle chaque année à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les garanties prennent effet sans délai d'attente :

- « à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés présents à l'effectif,
- à la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat avec date d'effet :
 - **le 1^{er} jour du mois de l'embauche si le bulletin d'adhésion a été retourné à la Mutuelle le mois de l'embauche,**
 - **le 1^{er} jour du mois suivant la remise du bulletin d'adhésion. »**

3.4 Dispositions propres aux contrats collectifs facultatifs

Le contrat collectif facultatif et les affiliations individuelles prises dans le cadre de ce contrat collectif facultatif sont souscrits pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvellent, à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'adhérent pour le contrat et le participant pour l'affiliation individuelle exprimée au moins 2 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année, sans délai, est

possible, pour tout assuré qui bénéficie du dispositif CMU pour sa partie complémentaire, de l'ACS (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé), d'un contrat obligatoire entreprise.

La demande de résiliation doit être exprimée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagné du justificatif du motif de radiation.

La radiation prendra effet le 1^{er} du mois suivant la réception du justificatif.

La résiliation par un participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

ARTICLE 4 : CESSATION DES GARANTIES DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF

Pour tout participant et les éventuels bénéficiaires, la garantie prise en application d'un contrat collectif souscrit par une entreprise cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le participant à l'entreprise adhérente. A condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture ait été acquittée, la garantie est maintenue dans le cadre de la portabilité et sous réserve du respect de suivi de la procédure de déclaration en portabilité de la Mutuelle Catalane et de l'ensemble des dispositions légales édictées dans la loi N° 2013-504 du 14/06/2013 relative à la sécurisation de l'emploi, article 1er.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du contrat collectif.

En cas de cessation des garanties collectives, le participant et ses bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à leur intention dont les conditions en vigueur peuvent être communiquées sur simple demande.

Cette possibilité est également offerte aux bénéficiaires ayants droit du participant décédé. Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation du présent contrat.

ARTICLE 5 : COTISATIONS

Les modifications de cotisations décidées par la mutuelle sont applicables dès leurs notifications, aux adhérents pour les contrats collectifs, et aux participants pour les adhésions individuelles.

Tout changement d'affiliation dans le régime obligatoire concernant un bénéficiaire de la garantie doit être signalé au plus tôt. Ce changement entraînera, le cas échéant, une modification de la cotisation tenant compte des remboursements du nouveau régime de base d'affiliation, et ce au premier jour du mois suivant la date de cette modification. La cotisation tiendra compte, sauf changement de formule simultané, de l'âge de souscription initial, pour les adhésions individuelles.

5.1 Montant des cotisations

5.1.1 Adhésions individuelles

La cotisation pour chaque bénéficiaire est fixée en fonction de la formule choisie, du régime de base d'assujettissement, et de l'âge au moment de l'adhésion de chaque bénéficiaire (cet âge étant déterminé par différence de millésimes entre la date d'adhésion et la date de naissance), à l'exception des enfants à charge.

Il n'y a pas de tranches d'âges pour les contrats individuels de groupes (TNS, Label, Etudiants, Mutuelle de Village...)

Les enfants à charge du participant, de son conjoint ou de son concubin, sont garantis :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice suivant l'exercice au titre duquel il a cessé d'être rattaché au foyer fiscal du participant.

Au delà de ces limites, la garantie de l'enfant du participant pourra être maintenue sous réserve d'une adhésion en tant que membre participant.

- Au plus tard, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant du participant a atteint son 26^{ème} anniversaire.

La cotisation du 3^{ème} enfant à charge et des suivants est gratuite.

5.1.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires

La cotisation est déterminée selon l'effectif dans la catégorie définie au contrat.

Elle est également déterminée en fonction de l'accord de branche auquel l'entreprise ou association est rattachée.

Elle peut être exprimée dans le cadre :

- D'une cotisation "famille"
- D'une cotisation par bénéficiaire (Adulte selon l'âge / Enfant)

On entend par bénéficiaire le membre participant et ses ayants droit.

Elle est revue chaque année en fonction du ratio prestations/cotisations ou des obligations légales imposées par la législation.

5.1.3 Dispositions propres aux contrats collectifs facultatifs

En cas de contrat collectif facultatif, les dispositions de l'article 5.1.2 s'appliquent.

5.2 Paiement des cotisations

5.2.1 Adhésions individuelles :

Les cotisations peuvent être versées, suivant le choix, mensuellement (le 12 de chaque mois), trimestriellement (le 1^{er} mois du trimestre), par an le 1^{er} mois de l'année à terme d'avance, soit par règlement bancaire ou postal, soit en espèces.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie, intervient en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation et produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant 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 non résiliée 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 poursuite et de recouvrement.

5.2.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires :

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement et d'avance par l'adhérent. Elles doivent être versées à la mutuelle le 12 de chaque mois pour un paiement mensuel, le premier mois de chaque trimestre civil pour un paiement trimestriel.

L'adhérent est responsable du paiement des cotisations dont il assure le recouvrement.

En cas d'arrêt de travail du participant, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation. Elle doit être intégralement versée tant que l'intéressé fait partie des personnes affiliées.

5.2.3 Dispositions propres aux contrats collectifs obligatoires ou facultatifs avec précompte de la cotisation par l'adhérent :

Lorsque l'adhérent assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'adhérent est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'adhérent pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent paragraphe.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les dispositions du présent article 5.2.3 ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L 912-1 du code de la Sécurité sociale.

5.2.4 Dispositions propres aux contrats collectifs facultatifs sans précompte de la cotisation par l'adhérent :

Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'adhérent n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au paragraphe 5.2.3 est applicable à l'adhérent qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du paragraphe 5.2.3 et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

5.2.5 Frais d'impayés, de rejets, et de retard de paiement de cotisations

En cas de rejet d'un prélèvement automatique ou de chèque impayé, les frais provoqués par ce rejet sont à la charge du membre participant. (20€ par opération refusée).

Pour les cotisations dont le mode de paiement est « le chèque », toute cotisation acquittée hors délai prévu par l'article 5-2-1 (10 jours après le début de l'échéance), se verra également appliquer des frais de retard de paiement de 20€ par retard.

5.3 Evolution et révision des cotisations

5.3.1 Adhésions individuelles :

5.3.1.1 Evolution de la cotisation

La cotisation due lors de l'adhésion est modifiée de plein droit, au 1^{er} janvier de l'exercice suivant, en fonction des taux de progression fixés par le Conseil d'Administration.

5.3.1.2 Minoration des cotisations :

Il n'y a pas de minoration de cotisation.

5.3.1.3 Révision de la cotisation

Les cotisations sont fixées par la mutuelle au 1^{er} janvier, et/ou à tout moment de l'exercice civil, en fonction de l'évolution générale des dépenses de santé prévue pour l'exercice en cours par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie, de l'équilibre général des contrats comportant des garanties de même nature et de l'équilibre global de la mutuelle. Les cotisations sont revues à tout moment en cas de modification de la législation de Sécurité Sociale, et/ou fiscale affectant le présent règlement, ou en cas de déséquilibre général imprévu de la mutuelle.

5.3.2 Dispositions communes aux contrats collectifs facultatifs et obligatoires :

Les cotisations de chaque catégorie de personnes sont indexées systématiquement au 1^{er} janvier et/ou à tout moment de l'exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global des contrats comportant des garanties de même nature, et de l'équilibre global du portefeuille de la Mutuelle.

Les garanties et la tarification du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Les cotisations sont donc revues à tout moment, en cas de modification de la législation de Sécurité Sociale, et/ou fiscale affectant le présent contrat, ou en cas de déséquilibre de la mutuelle. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

Dans un tel cas de figure, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat ou de l'avenant qui formalise cette révision, les garanties restent acquises sur la base du contrat en cours.

Outre l'indexation prévue chaque année, le taux peut être modifié (augmenté ou diminué) si le rapport des prestations sur cotisations subit une variation (positive ou négative)

Lorsque plusieurs catégories de personnels figurent au sein d'une même entreprise ou association, la Mutuelle Catalane, peut différencier le montant de la cotisation en fonction des dépenses constatées.

ARTICLE 6 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent règlement ou aux présentes conditions générales du contrat collectif mutualiste sont prescrites dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

ARTICLE 7 : FRAIS GARANTIS

7.1 Dispositions applicables à l'ensemble des frais garantis

Le niveau des prestations garanties par la mutuelle est indiqué dans une des formules individuelles annexées au présent règlement. Les modifications de garanties décidées par la Mutuelle sont applicables dès leurs notifications, aux adhérents pour les contrats collectifs, et aux participants pour les adhésions individuelles.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet **d'un remboursement du régime de base de sécurité sociale au titre de la législation maladie ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au contrat en fonction de l'option retenue.** Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du participant, après intervention du régime de base, **et/ou d'éventuels organismes complémentaires.**

ARTICLE 8 : LIMITES DE GARANTIES - EXCLUSIONS

Ne sont pas couverts :

- les frais non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale :
- la participation d'1€ (au 01/01/06) sur les actes médicaux, consultations et actes de biologie,
- la majoration de participation de 40 % (au 01/02/2009) en cas de non respect du parcours de soins,
- la franchise de 0,50 € (au 01/01/2008) sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux,
- la participation de 2 € (au 01/01/2008) sur les transports sanitaires.
- Les soins antérieurs à la date d'effet des garanties et sous réserve d'application du délai d'attente éventuel.
- Les soins postérieurs à la date de cessation des garanties du fait d'une résiliation ou d'un non-paiement des cotisations.

Au titre des frais engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci, la date prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale.

- Les frais indemnisés par la Sécurité Sociale au titre de la législation :
 - Sur les accidents du travail et maladies professionnelles,
 - Maternité (sauf prestations particulières prévues au titre de l'option choisie),
 - Sur les pensions militaires.
- Les frais relatifs à des actes ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus par le régime de base.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la N.G.A.P., le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature.

On entend par cotation, la lettre clé désignant l'acte pratiqué et le coefficient indiquant la valeur relative de l'acte professionnel.

La mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de la mutuelle.

- **Les frais déclarés après un délai d'un an suivant la date des soins pratiqués.**
- **Les frais engagés hors de France ne sont pris en charge qu'en complément de la Sécurité Sociale et la limite définie par l'option retenue.**
- **Les accidents et maladies qui sont la conséquence de guerres civiles ou étrangères, de la désintégration directe ou indirecte du noyau atomique.**
- **Les soins consécutifs à des accidents ou maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire.**
- **Au titre de la parodontologie, si celle-ci est souscrite, les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.**

ARTICLE 9 : PRESENTATION DES DOSSIERS

Les demandes de remboursement sont adressées par le participant à la mutuelle.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- Les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité Sociale,

Et dans tous les cas :

- Les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- En cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant,
- En cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département.
- En cas de prise en charge du vaccin antigrippe, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien.
- En cas de prise en charge de frais au titre de la garantie densitométrie osseuse, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien.
- En cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie de la myopie, la note d'honoraire du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée.
- En cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin en particulier de procéder au recouvrement des sommes réglées par la mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestation de témoins, coupure de journaux. . .)

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité Sociale ou sur les factures détaillées des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum d'1 an suivant la date des soins pratiqués.

ARTICLE 10 : PAIEMENT DES PRESTATIONS

10.1 Paiement au participant

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du participant (à cet effet, un relevé d'identité bancaire ou postal devra être remis avec chaque bulletin d'adhésion), ou en espèces, dans nos bureaux, si le montant est inférieur à 77,00 €.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la mutuelle, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 20 jours.

10.2 Tiers payant

Chaque participant complète un bulletin d'adhésion. Il lui est remis « une carte d'adhérent » qui lui permet de bénéficier du tiers-payant.

Le tiers-payant généralisé peut-être pratiqué avec l'ensemble des professionnels de santé.

Le participant dans tous les cas, et l'adhérent dans le cadre de la souscription d'un contrat collectif s'engagent, si la "carte d'adhérent" est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de 15 jours suivant le départ du participant (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part du participant ou de l'adhérent ou la résiliation du contrat.

Il(s) restituera (ont) les sommes payées par la mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il(s) n'aura (ont) pas respecté son obligation précitée.

10.3 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la mutuelle délivre un "accord de prise en charge" garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis à l'option retenue) normalement laissés à la charge du participant dans la limite des garanties.

Cette prise en charge peut être réactualisée si des informations ne figurant pas sur la demande de prise en charge nous parviennent concernant :

- l'état de santé de la personne (Affection longue durée antérieure ou en cours liée à la pathologie soignée),
- les causes de l'hospitalisation et de soins : Accident de travail, Maladie professionnelle, accident de la vie domestique, accident avec un tiers-responsable,
- l'interaction d'une ALD sur la pathologie qui a justifié les soins ou l'hospitalisation.

La délivrance de prise en charge est effectuée :

- Sous réserve que les soins, examens et actes médicaux corroborent les informations médicales portées sur la prise en charge.
- Sous réserve que la découverte en cours de soins dans l'établissement d'une pathologie ne relève pas d'une affection longue durée, d'un accident de travail, d'un accident de la vie domestique, d'un accident avec tiers responsable, d'une maladie professionnelle....

Dans ce cas, la Mutuelle s'autorise le droit d'exercer un recours afin de faire rectifier la facturation de l'établissement de soins, en corrélation avec les nouveaux éléments d'informations.

Durant la période de vérification des données, le paiement de la facture est suspendu par la Mutuelle.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident, la mutuelle délivre une prise en charge dans les conditions habituelles; en cette circonstance, l'adhérent ou le participant est tenu de fournir à la mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

ARTICLE 11 : INFORMATION DES PARTICIPANTS

11.1 Information des participants adhérent à titre individuel

Pour les opérations individuelles la mutuelle doit avoir remis au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

11.2 Information des adhérents et des participants dans le cadre de contrats collectifs

Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle.

Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice.

ARTICLE 12 : RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par la mutuelle à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la mutuelle est subrogée au participant qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 13 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par LA MUTUELLE CATALANE et uniquement utilisées pour la gestion des dossiers adhérents, l'assistance et la protection juridique santé de ses adhérents ainsi que le recouvrement des cotisations.

Elles sont conservées pendant 3 ans après la résiliation du contrat et sont destinées à LA MUTUELLE CATALANE, à COGEMUT dans le cadre de "Ma Mutuelle Assistance" ainsi qu'au Cabinet BRR pour le recouvrement des cotisations.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le Correspondant Informatique & Libertés de LA MUTUELLE CATALANE par courrier à l'adresse du siège de la

Mutuelle ou par courrier électronique : cil@mutuelle-catalane.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Il est rappelé en outre que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent de même que celles recueillies ultérieurement pourront être utilisées par la Mutuelle dans le cadre de la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires, (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme).