



RÈGLEMENT MUTUALISTE

2019

SIREN : 782 814 727

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

*A effet du 1^{er} janvier 2019
Mise à jour AG du 3 mai 2018*

Sommaire

PREAMBULE	2
GARANTIE SANTÉ	3
TITRE I – ADHESION	3
Article 1 - Conditions d’admission	3
Article 2- Prise d’effet de l’adhésion	3
Article 2 bis - Effets de l’adhésion	4
Article 3 - Changement de garantie.....	4
Article 4 – Durée, renouvellement et cessation de l’adhésion	4
Article 5 – Bénéficiaires	4
Article 6 – Formalités d’adhésion : pièces à fournir	4
Article 7 – Changement de situation professionnelle et familiale.....	5
TITRE II – GARANTIES	5
Article 8 – Garanties frais de soins de santé.....	5
Article 9 – Fonds d’action sociale	6
TITRE III – COTISATIONS	7
Article 10 – Montant des cotisations.....	7
Article 11 – Majoration des cotisations pour adhésion tardive.....	7
Article 12– Paiement des cotisations	7
Article 13 – Défaut de paiement des cotisations.....	7
Article 14 – Réintégration suit à défaut de paiement des cotisations	7
Article 15 – Révision des cotisations	8
TITRE IV - Versement des prestations	8
Article 16 – Pièces à adresser pour le règlement des prestations	8
TITRE V – Dispositions générales	8
Article 17 – Recours subrogatoire	8
Article 18 – Prescription	8
Article 19 – Dispositions diverses	8
Article 20 – Relations clients	9
LOI APPLICABLE	9
Article 21 – Autorité de tutelle	9
GARANTIE PREVOYANCE	10
Article 1 – Garantie Prévoyance incapacité de travail	10
Article 2 – Cotisations prévoyance	11
ARTICLE 3 – Versement des prestations de prestations	11
3-1 Terme du versement	11

PREAMBULE

Le présent règlement a pour objet de définir les engagements réciproques de la Mutuelle Marseille Métropole – Mutame Provence et des membres participants et leurs ayants droit qui ont souscrit à titre individuel une garantie frais de santé, prévoyance (Incapacité temporaire de travail), et action sociale. Il est régi par le code de la mutualité.

GLOSSAIRE

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ayant droit : désigne l'ayant droit de l'assuré social, c'est-à-dire les personnes à la charge de l'assuré social au sens de la sécurité sociale, qui peuvent prétendre à ce titre, au versement des prestations en nature du régime obligatoire.

Bénéficiaire : est considérée comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par la mutuelle en cas de réalisation du risque frais de soins de santé garanti par le présent règlement.

Délai de stage : période suivant la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle le membre participant cotise sans pouvoir bénéficier des prestations.

Enfant à charge : enfants de moins de 28 ans, et considérés comme ayant droit au sens du droit fiscal.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont victimes d'un sinistre.

IJ : Indemnité journalière en cas de maladie

Membre participant : personne qui, en remplissant et signant le bulletin d'adhésion, fait acte d'adhésion aux statuts de la mutuelle et aux dispositions contenues dans le présent règlement.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Marseille Métropole – Mutame Provence, mutuelle régie par le code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 782814727, dont le siège social se situe 4, rue Venture - CS 41822 - 13221 Marseille Cedex 1.

Nomenclature : liste codifiée des prestations donnant lieu à remboursement de la Sécurité Sociale.

PACS : sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

« **Pacsé** » : partenaire lié par un PACS.

Prestation : correspondant à l'exécution de la garantie par la mutuelle.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : correspond à la réalisation du risque.

Tarif de convention : Tarif négocié entre la Sécurité Sociale et le corps médical (praticiens ou établissements) qui s'engagent à le respecter. Cependant, ce tarif peut être dépassé (praticiens avec dépassements autorisés ou à honoraires libres), la base de remboursement de la Sécurité Sociale dans ce cas est limitée au tarif négocié.

Tarif de responsabilité : base de remboursement de la Sécurité Sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

Tarif d'autorité : tarif appliqué par la Sécurité Sociale pour ce qui concerne les actes pratiqués dans le cadre du secteur non conventionné.

Ticket modérateur : différence entre les tarifs de la Sécurité Sociale (convention, responsabilité) et les remboursements de la Sécurité Sociale.

TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires.

OPTAM-CO / OPTAM : Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins laisse place :

- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO (dite OPTAM-CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Ces options suivent le même mécanisme que le Contrat d'Accès aux Soins. Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin aura adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat Frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012, le Contrat d'Accès aux Soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2.

En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes.

En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables.

L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre du contrat Frais de santé, d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO.



GARANTIE SANTÉ

TITRE I – ADHESION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADMISSION

1.1 - Personnel Concerné

1.1.1 – Agents publics en activité

Les membres participants sont des agents publics, (par « agent public » on entend un agent de droit public en activité, quel que soit son statut, fonctionnaire titulaire et agent non titulaire) des collectivités territoriales, établissements publics et des hôpitaux.

1.1.2 - Agents retraités

Les retraités des Collectivités Territoriales et de leurs établissements publics et des hôpitaux.

Les retraités seront rattachés à leur dernière collectivité d'emploi.

1.1.3 - Agents publics détachés ou mis à disposition des collectivités territoriales et des hôpitaux.

1.1.4 - Agents de droit privé

Ce dispositif s'applique également aux salariés de droit privé, des Collectivités Territoriales, établissements publics, des hôpitaux et des sociétés ou entreprises exerçant une activité régionale, et par ailleurs, aux salariés, demandeurs d'emplois, étudiants par parrainage d'un membre participant.

ARTICLE 2- PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet le 1er jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle. Cet accord donnera lieu à l'émission d'une carte d'adhérent mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

2.1 - Le droit de renonciation

• Le délai de renonciation

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit n'a pas à être justifié par l'assuré. Ce délai commence à courir:

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

• Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle Marseille Métropole - CS 41822 - 13221 MARSEILLE Cedex 01, sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre recommandée avec accusé réception, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

Il peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé/prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de la Mutuelle Marseille Métropole et demande en conséquence de me rembourser la totalité des sommes versées », date et signature de l'adhérent.

• Les effets du droit de renonciation

Le règlement ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la Consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle Marseille Métropole lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de cette dernière.

2.2 - Démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent.

L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du code de la consommation.

Le droit de renonciation est exercé par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle Marseille Métropole - CS 41822 - 13221 MARSEILLE Cedex.

Cette lettre peut être rédigée selon le modèle suivant :

«Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé n°..... (Inscrire le numéro de contrat)

souscrit le auprès de la Mutuelle Marseille Métropole + Adresse
Date..... Signature de l'adhérent».

ARTICLE 2 BIS - EFFETS DE L'ADHESION

L'adhésion à la Mutuelle entraîne automatiquement l'adhésion aux Mutuelles dédiées créées par elle et au Fonds d'Action Sociale.

- l'adhésion s'effectue sans délai de stage pour autant que l'agent présente une attestation de son précédent organisme complémentaire stipulant qu'il bénéficiait pour lui et ses ayants droit éventuels, d'une garantie de même nature à celle objet du présent contrat.
- dans le cas où l'agent ou ses ayants droit ne bénéficiaient pas antérieurement à son adhésion au présent contrat d'une garantie de même nature à celle objet du présent contrat, il sera fait application d'un délai de stage, pour chaque bénéficiaire, déterminée comme suit et calculée à compter de la date de l'adhésion de l'agent :
 - * Optique – Dentaire (à l'exception des soins dentaires) : 90 jours pendant lesquels l'adhérent ne percevra que le ticket modérateur conformément à la réglementation sur les contrats responsables,
 - * Maternité : 9 mois sur la seule prestation « Prime de naissance »

ARTICLE 3 - CHANGEMENT DE GARANTIE

Un assuré peut, à tout moment, choisir de modifier la formule de garantie dont il bénéficie, sous réserve d'avertir la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception deux mois à l'avance.

La modification de garantie intervient le 1er jour du mois suivant le délai de 2 mois d'envoi de la demande.

La cotisation applicable est celle résultant de la nouvelle garantie à la date d'effet des nouvelles prestations.

Les délais de stage ci-avant s'appliquent également dans le cas de changement de garantie.

Pour les prestations entrant dans le délai de stage, l'assuré continue pendant ce délai, de bénéficier de la précédente garantie dans le cas où le choix consiste à une amélioration du système de prestations. Dans le cas d'une réduction des prestations, la nouvelle garantie s'applique immédiatement.

ARTICLE 4 – DUREE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHESION

4.1 – Durée de l'adhésion et renouvellement

L'adhésion cesse le 31 Décembre suivant sa date d'effet. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction d'année en année.

4.2 – Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat peut cesser par :

4.2.1 Démission de l'adhérent

A la demande du membre participant :

1°- Au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre.

2°- En cas de modification apportée à ses droits et obligations par la Mutuelle, sous réserve que cette demande parvienne à la Mutuelle dans le mois suivant sa notification.

4.2.2 Décès de l'adhérent

En cas de décès du membre participant : les personnes bénéficiaires des garanties (cf. article 5) continuent d'être couvertes jusqu'à la fin du mois au cours duquel est survenu le décès. Le conjoint (ou concubin ou « pacsé ») survivant peut, ensuite, adhérer à titre personnel, selon les conditions définies aux articles 1 et 2.

4.2.3 Radiation pour non-paiement

En cas de non-paiement de la cotisation (selon les dispositions prévues à l'article 14).

4.2.4 Radiation pour réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle d'un membre participant change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque, l'adhésion sera nulle et les cotisations versées resteront acquises à la Mutuelle.

4.2.5 Radiation d'un ayant droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant un écrit à la Mutuelle Marseille Métropole en cours d'année.

La radiation d'un ayant-droit prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2.6 Effet de la cessation de l'adhésion

Aucune prestation ne peut être servie après la date de cessation de l'adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit à prestations étaient antérieurement réunies.

ARTICLE 5 – BENEFCIAIRES

Sous réserve des justificatifs à apporter et du versement de la cotisation correspondante, les personnes garanties sont celles dont le nom figure sur le bulletin d'adhésion. Peuvent être concernées les personnes suivantes :

- le membre participant
- le conjoint ou concubin ou « pacsé »
- les enfants à charge au sens du droit fiscal, jusqu'à 28 ans

ARTICLE 6 – FORMALITES D'ADHESION : PIECES A FOURNIR

Les adhérents doivent joindre avec le bulletin d'adhésion, selon leur situation :

- une photocopie du livret de famille, une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou une attestation de concubinage.
- pour les enfants à charge de moins de 28 ans : le justificatif de leur situation.

- la photocopie de la dernière attestation d'assuré social pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne

ARTICLE 7 – CHANGEMENT DE SITUATION PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE

Le membre participant s'engage à signifier à la Mutuelle tout changement de sa situation professionnelle ou familiale, dans le mois qui suit ce changement.

TITRE II – GARANTIES

ARTICLE 8 – GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

8-1 Définition

La garantie Frais de soins de Santé a pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires en complément des remboursements du régime obligatoire, sous réserve des risques exclus définis à l'article 8-4.

8-2 Prestations servies

Nos contrats satisfont aux conditions des contrats dits responsables. Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Peuvent, selon l'option choisie par le membre participant, donner lieu à remboursement les frais suivants :

8-3-1 Honoraires

8-3-2 Frais pharmaceutiques

8-3-3 Auxiliaires médicaux

8-3-4 Analyses de laboratoire

8-3-5 Appareillage et accessoires médicaux

8-3-6 Transport

8-3-7 Dentaire

Soins dentaires.

Prothèses dentaires (accord Sécurité Sociale) (1) (3).

Forfait orthodontie annuel remboursé par le régime obligatoire (selon garantie) (3).

Implants dentaires forfait annuel (3).

(1) Les remboursements sont délivrés dans la limite d'un plafond annuel dont le montant est propre à chaque garantie. Au-delà de ce plafond, prise en charge du Ticket Modérateur uniquement.

(3) Tous les ans de date d'anniversaire à date d'anniversaire de la prestation

8-3-8 Optique

- (a) Equipement à verres simple foyer (sphère comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries et cylindre inférieur ou égal à +4.00 dioptries *
- (b) Equipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c) *
- (c) Equipement à verres simple foyer (sphère hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries ou cylindre supérieur à +4.00 dioptries) et à verres multifocaux ou progressifs *
- (d) Equipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f) *
- (e) Equipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f) *
- (f) Equipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (sphère hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques (sphère hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries) *

Le remboursement de la monture inclus dans le forfait est plafonné à 150 euros.

- Forfait annuel lentilles remboursées par le régime obligatoire (3)
- Forfait annuel lentilles non remboursées par le régime obligatoire (3)
- Forfait annuel chirurgie réfractive par œil (3)

(3) Tous les ans de date d'anniversaire à date d'anniversaire de la prestation

* le forfait « équipement » verres + montures est réglé tous les 2 ans de date d'anniversaire à date d'anniversaire de la prestation. Le forfait est annuel en cas de changement de vue certifié par un médecin ophtalmologiste et pour les enfants – 18 ans.

8-3-9 Acoustique

Forfait acoustique tous les 2 ans y compris frais d'entretien et de fonctionnement (piles) de date d'anniversaire à date d'anniversaire de la prestation.

8-3-10 Prothèse capillaire et prothèse de sein

8-3-11 Médecine douce et autres prestations

Forfait annuel :

- Ostéopathie : remboursement sur facture pour les praticiens inscrits au Fichier National des Professionnels de santé.
- Consultation d'un diététicien diplômé
- Acupuncture non remboursable par le Régime Obligatoire
- Acupuncture remboursable par le Régime Obligatoire
- Psychologue

8-3-12 Cure thermale

8-3-13 Hospitalisation

- Frais de séjour
 - Frais chirurgicaux
 - Frais de chambre particulière y compris location TV
- La prise en charge des frais de chambre particulière est limitée à 30 jours à compter de la date de début d'hospitalisation pour les séjours en maison de repos et psychiatrie.
- Forfait journalier hospitalier
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans
 - Forfait maternité

8-3-14 Prévention

Selon garantie souscrite

8-3-15 Autres prestations

- **Caution immobilière :**
Contrat collectif souscrit auprès de : Union Mutame 63. Bd de Strasbourg 75010 PARIS
- **Assistance aux personnes :**
Contrat collectif souscrit auprès de : RMA 46, rue du Moulin 44120 – BP 42127- VERTOU Cedex

8-4 Frais non pris en charge par la Mutuelle

Quel que soit le niveau de garantie choisie, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire de 1 € prévue à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité Sociale,
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré qui n'a pas choisi de médecin traitant ou qui consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré qui n'autorise pas les professionnels de santé à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter,
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques pris en application du 18° de l'Article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale,
- les franchises applicables au 01.01.2008 (art. 52 de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007).

8-5 Clauses légales

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou du membre participant après tous les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 9 – FONDS D'ACTION SOCIALE**9-1 Conditions générales****9.1.1 Les bénéficiaires**

Peuvent prétendre au bénéfice du Fonds d'Action Sociale, les membres participants de la Mutuelle Marseille Métropole – Mutame Provence et leurs ayants-droit, en fonction de leurs revenus.

Toute demande sera obligatoirement présentée en réunion de Bureau du Conseil d'Administration, accompagnée des pièces justificatives.

9-2 Le décès**9.2.1 Secours obsèques**

Ce secours est destiné à prendre en charge une partie des frais d'obsèques, en fonction des revenus de l'adhérent décédé. Le montant de ce secours est versé à la personne qui a réglé les frais.

9.2.2 Conditions d'attribution

Justificatifs à joindre :

- Questionnaire dûment rempli et signé et demande de secours
- Avis d'imposition
- Photocopie de l'acte de décès
- Photocopie de la facture dûment acquittée
- Relevé d'identité bancaire de la personne qui a réglé les frais

Montant maximum du secours : 1 200 €

Montant minimum : 200€

9-3 Aide aux orphelins**9.3.1 Bénéficiaires :**

Les enfants mineurs de l'adhérent décédé, âgés de moins de 18 ans

9.3.2 Conditions d'attribution

Justificatifs à joindre :

- Questionnaire dûment rempli et signé et demande de secours
- Avis d'imposition
- Photocopie de toutes les pages du livret de famille
- Attestation sur l'honneur
- Un relevé d'identité bancaire du signataire de l'attestation
- Un acte de décès

Montant maximum du secours :

200 € par an jusqu'à la dix-huitième année de l'enfant, réglés en un seul versement.

9-4 Le handicap**9.4.1 Aide à l'aménagement habitat, véhicule.**

Cette aide est destinée à financer une partie des frais liés au handicap d'un assuré ou de l'un de ses ayants droit. Elle peut être versée directement à l'organisme qui a constitué le dossier ou au fournisseur de la prestation.

9.4.2 Conditions d'attribution

Justificatifs à joindre :

- Dossier complet produit par un organisme (Conseil Général, Assistante sociale, etc...)
- Avis d'imposition

Montant maximum de l'aide : 2000€.

9-5 Aides exceptionnelles ou Prêt Social

1. Dépenses de santé
2. Détresse financière

Ces aides peuvent être allouées aux assurés en situation de détresse financière, de santé ou une situation imprévisible entraînant une rupture du budget.

3. Conditions d'attribution

Justificatifs à joindre :

- Factures ou devis,
- Frais médicaux : prescriptions médicales, justificatifs de remboursement de la Sécurité Sociale et Mutuelle.
- Avis d'imposition
- Tout autre justificatif à la demande du bureau

Montant maximum de l'aide : 500€.

Montant maximum du Prêt Social : 3000€

4. Conditions de remboursement du Prêt Social :

Mensualités minimum de 5% des revenus de la famille

solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er du décret. Les périodes antérieures à la date de publication du décret ne font pas l'objet de majoration.

De plus, l'agent ou le retraité, qui a résilié sa garantie auprès d'un autre organisme et adhère à la garantie frais de santé, fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion comportant le montant du coefficient de majoration affectant sa cotisation, ou le cas échéant une attestation de non-majoration.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à la mutuelle.

Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un autre organisme depuis la date la plus récente entre la publication du décret et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

TITRE III – COTISATIONS

ARTICLE 10 – MONTANT DES COTISATIONS

La tarification s'exprime en cotisation TTC mensuelle.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction :

- de l'état de santé du souscripteur ou adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- de la nature de l'emploi du souscripteur ;
- du sexe du souscripteur

Les cotisations sont établies en fonction de l'âge des personnes couvertes.

Les cotisations sont forfaitaires. Elles sont familiales en fonction du nombre de personnes couvertes : la cotisation est gratuite pour les enfants à partir du troisième.

LES COTISATIONS FIGURENT AU TABLEAU JOINT AU PRESENT REGLEMENT.

ARTICLE 11 – MAJORATION DES COTISATIONS POUR ADHESION TARDIVE

Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion.

Toutefois, conformément au 2° de l'article 28 du décret 2011-1474, relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique.

Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique : il est de 2% par année de carence.

Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif

ARTICLE 12– PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance par prélèvement sur salaire ou sur compte bancaire, auprès du membre participant.

Toutefois, selon les modalités mentionnées sur le bulletin d'adhésion, elles peuvent être fractionnées en plusieurs versements : semestriels, trimestriels ou mensuels.

En cas de fractionnements mensuels, la cotisation est payable à terme échu.

En cas de décès du membre participant, les cotisations réglées d'avance concernant les mois entiers suivant le décès sont remboursées.

ARTICLE 13 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La radiation d'un adhérent peut être prononcée en cas de non-paiement de la cotisation.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

La Mutuelle se réserve le droit d'intenter des poursuites judiciaires contre le membre participant qui se verra réclamer, en sus des cotisations arriérées et des majorations de retard (majorations de retard représentant 1 % des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité), une indemnité équivalente au montant des honoraires et des frais de poursuite.

ARTICLE 14 – RÉINTÉGRATION SUITE À DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra :

- adresser une demande de réintégration à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation,
- régler l'arriéré de ses cotisations.

La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation.

En tout état de cause, l'adhérent devra s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration.

Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien membre participant qui a été radié de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations ou qui avait demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférant, ne pourra être acceptée qu'après régularisation des sommes dues à la Mutuelle, si l'action n'est pas prescrite. L'adhérent devra, en outre, s'acquitter immédiatement du paiement de la totalité de sa cotisation annuelle.

Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

ARTICLE 15 – REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont revues au 1^{er} janvier de chaque année. En cas de désaccord du membre participant sur les nouvelles cotisations proposées, il est fait application des dispositions prévues à l'article 4, en cas de modifications apportées aux droits et obligations du membre participant.

TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16 – PIÈCES A ADRESSER POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Sauf en cas de tiers-payant, le règlement des prestations est adressé directement au membre participant sur présentation des décomptes originaux délivrés par la Sécurité Sociale et, le cas échéant, des pièces justificatives. Pour le service des indemnités forfaitaires : justificatif de la réalité de l'événement (acte de naissance, de décès, etc...).

TITRE V – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 17 – RECOURS SUBROGATOIRE

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant, ou à un bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées au titre du contrat.

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

ARTICLE 18 – PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle, a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article 20 du présent règlement.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

19 - 1 Secret professionnel

Conformément à l'article 226-13 du code pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère pour l'exécution des contrats, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

19 - 2 Loi informatique et libertés et RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 dit Règlement Général sur la Protection des Données, les informations que vous nous communiquez sont exclusivement destinées à la Mutuelle Marseille Métropole en sa qualité de responsable du traitement.

Les données sont collectées pour des besoins de gestion administrative de dossier, de prospection commerciale à l'exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins statistiques et de lutte contre la fraude. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que la Mutuelle Marseille Métropole et ses délégataires de gestion.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, d'effacement, de portabilité, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant.

Pour exercer ce droit, vous pouvez effectuer votre demande auprès de : Mutuelle Marseille Métropole – CS 41822 – 13221 MARSEILLE CEDEX 01.

19 - 3 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- Le règlement constitué du présent document et de ses annexes,
- Le bulletin d'adhésion et les avenants éventuels dûment complétés et signés par le membre participant,
- La carte d'adhérent

ARTICLE 20 – RELATIONS CLIENTS

Pour tout renseignement le membre participant peut contacter les services de la Mutuelle : 4. Rue Venture – C.S. 41822 – 13221 Marseille Cedex 01

Réclamation et médiation

La Mutuelle Marseille Métropole met à la disposition de ses Adhérents la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

Mutuelle Marseille Métropole
CS 41822
13221 MARSEILLE Cedex

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement de ses voies de recours internes, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15
- soit directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française.

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre

le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L.561-1 du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

LOI APPLICABLE

La loi applicable au présent règlement est la loi française.

ARTICLE 21 – AUTORITE DE TUTELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09



GARANTIE PREVOYANCE

ARTICLE 1 – GARANTIE PREVOYANCE INCAPACITE DE TRAVAIL

1-1 Définition

La garantie prévoyance incapacité temporaire totale de travail a pour objet de permettre le service de prestations en espèces à l'occasion d'une perte de salaire consécutive à un arrêt de travail pour maladie ou accident, en complément à la protection sociale des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé, relevant des collectivités et établissements mentionnés aux art. 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984.

Cette garantie permet à l'adhérent de pallier la perte de revenus consécutive à une incapacité temporaire totale de travail dont le premier jour d'arrêt de travail indemnisable par la Mutuelle Marseille Métropole est survenu pendant la période d'assurance.

Sera considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail, tout Adhérent en activité effective qui est dans l'obligation, de cesser toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constatés.

La Mutuelle Marseille Métropole viendra exclusivement compléter la part de rémunération versée par l'Employeur public ou par le régime général d'assurance maladie dont dépend l'Adhérent.

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, en relais de celles prévues par le Statut de la Fonction Publique Territoriale ou par le régime de sécurité sociale dont dépend l'Adhérent.

1-2 Risques couverts

Perte de salaire occasionnée par un arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, en complément à la protection sociale des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé, relevant des collectivités et établissements mentionnés aux art. 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984.

1-3 Périodes de couverture :

- ❖ **Pour les agents titulaires et stagiaires effectuant plus de 28h30 de travail hebdomadaire :**

Point de départ et durée maximale d'indemnisation :

- > **Maladie Ordinaire** : du 91^{ème} jour au 365^{ème} jour d'arrêt de travail,
- > **Longue Maladie** : du 366^{ème} jour au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- > **Maladie de Longue Durée** : du 1096^{ème} jour au 1825^{ème} jour d'arrêt de travail.

- ❖ **Pour les agents titulaires et stagiaires effectuant moins de 28h30 de travail hebdomadaire :**

Début et durée maximale d'indemnisation :

- > **Maladie ordinaire** : du 91^{ème} jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail continu,
- > **Grave maladie** : pour les agents pouvant y prétendre : Intervention du 181^{ème} jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail

- ❖ **Pour les agents affiliés au régime général (auxiliaires et contractuels) : la garantie prend effet au plus tôt le 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, même en cas de perte de salaire anticipée, et cesse au plus tard le 1095^{ème} jour.**

Ces dispositions s'appliquent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale.

1-4 Options proposées

Les deux options proposées sont les suivantes :

- Maintien de salaire A
- Maintien de salaire B

1-5 Conditions d'adhésion

L'adhésion est réservée aux adhérents du contrat santé. La démission du contrat santé entraîne automatiquement celle du contrat de prévoyance.

L'adhésion des agents à la garantie prévoyance incapacité de travail ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé. Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion peuvent adhérer à la garantie prévoyance.

Les agents en arrêt de travail ne peuvent pas adhérer à la garantie prévoyance incapacité de travail.

1. 5 .1 Démission – Suspension

1. L'adhérent peut démissionner dans les conditions prévues à l'article 4 de la Garantie Santé.
2. L'adhérent peut suspendre son contrat par lettre recommandée avec accusé de réception lorsqu'il est placé en congé parental. Cette suspension prend effet le 1^{er} jour du mois suivant.

1. 5 .2 Réintégration

1. Le démissionnaire pour raison personnelle peut solliciter une réintégration. Elle sera soumise à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration et prendra effet après un stage de six mois.
2. Le bénéficiaire d'une suspension prévue à l'alinéa 2 de l'article ci-dessus peut réintégrer à sa demande, dès sa reprise effective d'activité.

1-6 Conditions de versement des prestations en espèces d'incapacité temporaire de travail

Les prestations sont versées aux agents en arrêt de travail pour maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée à l'exclusion de la disponibilité pour maladie.

1-7 Prestations servies

Selon l'option choisie par l'adhérent, elle donne lieu à remboursement des pertes de salaire suivantes :

- Option maintien de salaire A
100 % de la perte de traitement net imposable calculée sur le salaire de 1 100 € brut soumis à CSG et CRDS.
- Option maintien de salaire B
80 % de la perte de traitement brut soumis à CSG et CRDS.

ARTICLE 2 – COTISATIONS PREVOYANCE

2-1 Cotisations prévoyance

La tarification s'exprime en pourcentage du traitement brut soumis à CSG et CRDS.

Les cotisations de la garantie prévoyance incapacité de travail s'expriment en pourcentage de traitement brut soumis à cotisations sociales et sont précisées dans le tableau des cotisations.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance par prélèvement sur salaire ou sur compte bancaire.

Toutefois, selon les modalités mentionnées sur le bulletin d'adhésion, elles peuvent être fractionnées en plusieurs versements : semestriels, trimestriels ou mensuels.

En cas de fractionnements mensuels, la cotisation est payable à terme échu.

Afin d'actualiser sa cotisation annuelle, l'adhérent devra fournir, chaque début d'année, le bulletin de salaire du mois de décembre précédent, faisant apparaître le cumul imposable de l'année N-1.

ARTICLE 3 - VERSEMENT DES PRESTATIONS DE PREVOYANCE

Le versement des prestations est adressé directement au membre participant sur présentation :

- le formulaire de demande de prestations
- l'Arrêté plaçant l'adhérent fonctionnaire à demi-traitement ou le décompte de sécurité sociale mentionnant le versement des indemnités journalières pour les mutualistes non -fonctionnaires
- le bulletin de salaire du mois faisant apparaître la retenue de demi-traitement.
- des décomptes délivrés par la Sécurité Sociale à compter du 1^{er} jour d'arrêt mentionnant les 3 jours de carence pour les adhérents qui relèvent du régime général de sécurité sociale
- l'attestation sur l'honneur fournie par la Mutuelle, remplie et signée.

3-1 Terme du versement

Le service des prestations cesse pour tous les agents :

- ❖ Le jour de la reprise d'activité de l'agent ;
- ❖ À la fin de l'indemnisation par l'Employeur au titre du statut de la fonction publique territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité Sociale ;
- ❖ À l'expiration de la durée de service des prestations d'indemnités journalières versées par la Mutuelle, et au plus tard au 1095^{ème} jour d'indemnisation de la Mutuelle,
- ❖ À la date d'effet d'un congé parental ;
- ❖ À la date d'effet d'une mise en disponibilité ;
- ❖ À la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'agent ;
- ❖ À la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base de l'agent ;
- ❖ Lors du décès (ou de l'Incapacité Absolue et Définitive) de l'agent ;
- ❖ En cas de démission ou de radiation des effectifs de la Mutuelle.

En tout état de cause, l'indemnisation de la Mutuelle Marseille Métropole ne pourra excéder 1095 jours indemnisés d'arrêt de travail continus, tous types de congés maladie confondus (maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, grave maladie).