

Règlement mutualiste

Gamme **INITIALE**

Modifié par les Assemblées générales des 24/06/2024 et 29/11/2024

Applicable au 01/01/2025

Le présent règlement est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, et de l'article 3 des statuts de la Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations annexes (MCVPAP), Mutuelle relevant du Livre II du code de la mutualité, domiciliée 2 - 4 rue Sadi-Carnot 93170 BAGNOLET, n° SIREN 784 227 894. Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle. Les annexes jointes font partie intégrante du présent règlement.

Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- Le terme « **Mutuelle** » désigne la Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations annexes,
- Le terme « **Membre Participant** » désigne la personne physique adhérente bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants-droit (art. L114-1 du Code de la Mutualité),
- Les termes « **Résiliation** » ou « **Radiation** » désignent le fait de rompre les effets du contrat à partir d'une date donnée,
- Le terme « **Dénonciation** » désigne la possibilité pour le membre participant de résilier le contrat comportant une clause de tacite reconduction lorsqu'il arrive à son échéance.
- **Le terme « Délai de Stage » désigne la période durant laquelle la garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - à certaines prestations définies à l'article 7-2- bien que le membre participant cotise. Elle commence à courir à la date de la prise d'effet de l'adhésion au règlement mutualiste.**

Pour faciliter la lecture du présent Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les Membres participants à consulter le glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM), disponible sur le site internet de la Mutuelle (mutcomplementaire.fr). Ce glossaire n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les Membres participants.

1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE

1-1 OBJET

Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier le Membre Participant :

- de prestations santé complémentaires ou non au régime obligatoire, selon le niveau de garanties choisi dans la gamme INITIALE.
- de prestations annexes telles que prévues au présent règlement mutualiste.
- de services mutualistes, dans des conditions définies ci-après.

Le règlement mutualiste définit le contenu

des engagements contractuels existant entre chaque Membre Participant qui adhère au présent règlement et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

En application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des Membres Participants ou les catégories de Membres Participants couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La signature du bulletin d'adhésion, vaut acceptation des conditions d'adhésion à la Mutuelle Complémentaire. L'adhésion individuelle à la Mutuelle dont les conditions sont fixées à l'article 6 des statuts emporte acceptation des statuts et du présent règlement et

de ses annexes par le Membre Participant et ses ayants droit.

Le choix d'un module, d'une couverture s'applique au Membre Participant et à ses ayants droit.

Le choix d'un module, d'une couverture peut être modifié dans les conditions spécifiées à l'article 8-3 du présent règlement.

1.2 INFORMATION PRE-CONTRACTUELLE

A. Opérations individuelles

Conformément à l'article L221-4 du code de la mutualité, la mutuelle remet au Membre Participant ou futur Membre Participant avant sa signature du bulletin d'adhésion :

- un bulletin d'adhésion,
- les statuts de la Mutuelle,
- le règlement mutualiste et ses annexes,
- un document d'information normalisé.

- une fiche «Informations et conseils»

B. Opérations collectives

Concernant les contrats collectifs souscrits en application de l'article L221-3 du Code de la Mutualité ainsi que les contrats collectifs à adhésion facultative souscrits auprès d'autres organismes assureurs, la Mutuelle remet au Membre Participant, conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité, une notice d'information établie par l'organisme assureur qui définit notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

1-3 CATEGORIES MUTUALISTES

Adhérents Membres participants

Peuvent adhérer en qualité de membres participants les personnes décrites à l'article 5-1 des statuts de la Mutuelle.

Ayants droit

Les ayants droit sont les personnes qui bénéficient de la garantie choisie par le Membre Participant auquel elles sont rattachées à la demande de ce dernier.

Sont considérées comme ayant droit d'un Membre Participant les personnes listées ci-après :

- conjoint, partenaire pacsé, concubin, sans revenus,
- enfants jusqu'à leur 25^e année révolue fiscalement à charge
- ascendants du membre participant, fiscalement à charge.

1-4 FORMALITES D'ADHESION A LA MUTUELLE

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comporter obligatoirement les documents suivants :

- le bulletin d'adhésion à la Mutuelle dûment complété, daté et signé,
- la copie d'un document officiel justificatif d'identité avec photo en cours de validité pour le Membre Participant et toutes les personnes bénéficiaires,
- la copie de l'attestation vitale actualisée et celles des autres personnes bénéficiaires,
- la copie de la dernière fiche de paye ou justificatif de ressources ou de situation professionnelle (arrêté administratif...),
- le cas échéant, une attestation sur l'honneur déclarant vos ayants-droit à charge,
- un justificatif de domicile de moins de 3 mois,
- un exemplaire signé de la fiche «Informations et conseils»,
- un certificat de scolarité pour les étudiants,
- le cas échéant, le certificat de Radiation si un contrat complémentaire santé était souscrit auprès d'un autre organisme et a déjà fait l'objet d'une Résiliation par le futur Membre Participant.
- Le cas échéant, l'autorisation de pré-compte complétée et signée,
- Le cas échéant, le mandat de prélève-

ment SEPA complété et signé,

- un relevé d'identité bancaire,
- le paiement de la première cotisation.

1-5 PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'article 1-4, et sauf demande particulière mentionnée sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le jour suivant le jour de réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion. **Une date d'adhésion ne peut être rétroactive.**

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle est concomitante à la Dénonciation d'une adhésion ou à la Résiliation d'un contrat auprès d'un autre organisme assureur, la date de prise d'effet de l'adhésion correspond à la date de Dénonciation ou de Résiliation de l'adhésion ou du contrat auprès de l'autre organisme assureur ; la Mutuelle s'assurant de la continuité de la couverture du Membre Participant et de ses ayants droit.

L'adhésion à la Mutuelle ne peut prendre effet avant la prise d'effet de la Dénonciation de l'ancienne adhésion ou la Résiliation de l'ancien contrat auprès de l'ancien organisme assureur.

1-6 RELATIONS AVEC LA MUTUELLE

Le ou les courriers émanant de la Mutuelle pourront éventuellement être transmis par voie électronique, si le Membre Participant en a donné son accord sur le bulletin d'adhésion. Le Membre Participant peut, à tout moment, s'opposer à l'utilisation par la Mutuelle de la voie électronique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des relations contractuelles.

2 - DURÉE DU CONTRAT

2-1 DUREE – RENOUVELLEMENT

Il est conclu pour une durée de 1 (un) an, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Il est reconduit de plein droit par tacite reconduction par période annuelle sauf :

- **Dénonciation par le Membre Participant moyennant le respect d'un délai de préavis de deux mois avant la date d'échéance en adressant à la Mutuelle une notification par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité,**
- **ou Dénonciation ou Résiliation dans les conditions prévues aux articles 2-2, 2-3, 4-6 et 8-4.**

2-2 DÉNONCIATION, RESILIATION DE L'ADHESION

A. Durée d'adhésion inférieure à un an
Tant que la durée d'adhésion à la

Mutuelle est inférieure à un an, le Membre Participant peut dénoncer son adhésion à l'échéance annuelle, (soit pour le 31 décembre) moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

B. Durée d'adhésion supérieure à un an

Conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, le Membre Participant peut dénoncer son adhésion à la Mutuelle à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de son adhésion, sans frais ni pénalités. La Dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le Membre Participant.

C. Modalités de la Dénonciation

Lorsque le Membre Participant a le droit de dénoncer l'adhésion, la notification de la dénonciation peut être effectuée au choix de l'intéressé :

- **Soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- **Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;**
- **Soit par acte extrajudiciaire ;**
- **Soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.**

Lorsque l'adhésion a été conclue par voie électronique, ou est intervenue par un autre moyen et que la Mutuelle, au jour de la résiliation par le Membre participant, offre aux intéressés la possibilité d'adhérer à un règlement par voie électronique, la Résiliation est rendue possible selon cette modalité. Une fonctionnalité gratuite permettant d'accomplir, par voie électronique la notification et les démarches nécessaires à la Résiliation est mise à disposition sur le site de la Mutuelle (mutcomplementaire.fr), selon des modalités conformes à la réglementation en vigueur.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la Dénonciation et informe le Membre Participant de la date d'effet de la Résiliation.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée, le Membre Participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la Dénonciation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Membre Participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la Dénonciation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé pro-

duisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

2-3 DÉLAI DE DÉNONCIATION DE L'ADHESION : INFORMATION ANNUELLE

La date limite du droit d'exercice par le Membre Participant du droit à Dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Le Membre Participant est informé dans cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction par lettre ou par tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité (moyens rappelés à l'article 2-2-C ci-dessus). Le délai de Dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret. La Résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

Le Membre Participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la Résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au Membre Participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la Résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

3 - CONDITIONS D'ADHESION

3-1 ADHESION

Conformément à l'article 6 des statuts, pour bénéficier des prestations de la Mutuelle Complémentaire, il faut avoir adhéré à la Mutuelle en qualité de Membre Participant ou avoir la qualité d'ayant droit du Membre Participant. Les ayants-droit possibles sont définis à l'article 5-2 des statuts de la Mutuelle.

3-2 FACULTE DE RENONCIATION

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'Article L 221-18 du Code de la mutualité si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaire (en ce inclus le délai de quatorze jours en matière de démarchage ou de vente à

distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalité.

Pour exercer son droit de renonciation, le Membre participant doit notifier à la mutuelle sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre envoyée par voie postale à MCV PAP – 93545 BAGNOLET CEDEX

Par e-mail à l'adresse relationadherent @ mutcomplementaire.fr

Pour ce faire, le Membre Participant peut utiliser le modèle de lettre de renonciation suivant : MUTUELLE COMPLEMENTAIRE VP AP – 93545 BAGNOLET CEDEX

Nom – Prénom Adresse

Je soussigné(e), (nom – prénom) N° de sécurité sociale :

Déclare renoncer à l'adhésion à la MCV PAP que j'avais acceptée le (préciser la date)

Fait à ... , le (date) Signature

En cas de renonciation par le Membre Participant, La Mutuelle est tenue de rembourser au Membre Participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours calendaires à compter de la réception de la demande, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application de l'adhésion, à l'exception du paiement proportionnel du service financier effectivement fourni et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le Membre Participant de sa volonté de se rétracter.

Au-delà du délai de trente jours, la somme due est de plein droit, productive d'intérêts.

Le fait de demander à la Mutuelle le paiement d'une prestation pendant le délai de renonciation vaut demande du membre d'exécuter le contrat avant le terme du délai de renonciation et le Membre Participant ne peut plus se prévaloir auprès de la Mutuelle de la possibilité d'une renonciation. La cotisation est alors due par le Membre Participant jusqu'à la date d'échéance de son adhésion au règlement mutualiste.

4 - LES COTISATIONS

4-1 MODE D'ÉTABLISSEMENT DES COTISATIONS

Le Membre Participant s'engage au paiement d'une cotisation mensuelle en contrepartie des différentes garanties auxquelles il a adhéré. Cette cotisation est affectée notamment à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle.

Selon la garantie souscrite, la cotisation mensuelle est fixée en fonction de la catégorie dont dépend le Membre Participant, de l'âge, du niveau de rémunération ou de pension de retraite, de la composition familiale. Cette cotisation inclut, le cas échéant, celles dues au titre

de contrats collectifs souscrits par la Mutuelle au bénéfice de ses membres, en application de l'article L221-3 du Code de la mutualité ainsi que tout accessoire prévu par toute convention ou par la législation et la réglementation en vigueur, tels que les impôts et les taxes.

Les cotisations du Membre Participant sont déterminées selon les critères suivants :

A. en fonction de la catégorie dont dépend le Membre Participant comme définies ci-dessous, selon la date de souscription :

Pour toute adhésion souscrite jusqu'au 31/12/2023, :

- **Catégorie 1** : Les Membres participants actifs relevant des fonctions publiques territoriales et d'État, les salariés du privé exerçant en leur sein, ainsi que leur famille.
- **Catégorie 2** : Les Membres participants actifs relevant de la fonction publique hospitalière, de la santé et de l'action sociale, ainsi que leur famille.
- **Catégorie 3** : Les Membres participants étudiants tels que visés à l'article 5-1-e des Statuts ainsi que leur famille.
- **Catégorie 4** : Les Membre participants parrainés tels que visés à l'article 5-1-j des Statuts
- **Catégorie 5** : Les Membres participants retraités.

Pour toute adhésion souscrite à compter du 01/01/2024,

- **Catégorie 1** : Les Membres participants actifs relevant :
 - des fonctions publiques territoriales et d'État, les salariés du privé exerçant en leur sein, ainsi que leur famille.
 - de la santé, de l'action sociale et ne bénéficiant pas de la gratuité de certains soins par convention avec leur employeur, ainsi que leur famille
- **Catégorie 2** : Les Membres participants actifs relevant de la fonction publique hospitalière, bénéficiant de la gratuité de certains soins par convention avec leur employeur, ainsi que leur famille.
- **Catégorie 3** : Les Membres participants étudiants tels que visés à l'article 5-1-e des Statuts ainsi que leur famille.
- **Catégorie 4** : Les Membre participants parrainés tels que visés à l'article 5-1-j des Statuts
- **Catégorie 5** : Les Membres participants retraités.

B. en fonction du niveau de garanties souscrit par le Membre Participant,

C. en fonction de l'âge à l'adhésion pour les Membres participants relevant des catégories 1 et 2 :

- adhésion avant 35 ans, avec modulation du montant des cotisations : de 35 à 39 ans ; 40 ans et plus,
- adhésion après 35 ans,

D. en fonction de l'âge à l'adhésion pour les Membres participants relevant de la catégorie 4 :

- adhésion avant 35 ans,
- adhésion après 35 ans.

E. en fonction du montant de la rémunération (traitement de base + indemnité de résiliation) du Membre Participant en activité

relevant des catégories 1 et 2,

F. en fonction du montant des pensions perçues au titre des régimes de retraite légaux par le Membre Participant retraité relevant de la catégorie 5,

G. en fonction de l'ancienneté à la Mutuelle au jour de la mise à la retraite pour les Membres participant relevant de la catégorie 5, avec modulation du montant des cotisations selon l'ancienneté à la Mutuelle :

- moins de 10 ans,
- de 10 à 20 ans inclus,
- 21 ans et plus,

Les cotisations des ayants droit sont déterminées en prenant en compte le même niveau de garanties souscrit par le Membre Participant.

La gratuité s'applique au-delà du 3^e enfant fiscalement à charge jusqu'à sa 25^e année révolue,

Le montant des cotisations de la catégorie dont dépend le Membre Participant, sa famille et ses ayants-droit est détaillé dans l'annexe jointe au présent règlement.

4-1-1 MAJORATIONS DE COTISATION

La cotisation tient compte, le cas échéant, du coefficient de majoration visé dans l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n° 2011-1474.

4-2 MODIFICATION AUTOMATIQUE DE LA COTISATION

Pour les catégories de Membres participants dont les cotisations dépendent de la rémunération, le passage à la tranche de rémunération supérieure entraîne la modification automatique de la cotisation.

Pour les catégories de Membres participants dont les cotisations dépendent de l'âge, le passage à la tranche d'âge supérieure entraîne la modification automatique de la cotisation.

4-3 PAIEMENT

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu par :

- précompte automatique individuel ou regroupé sur rémunération ou sur pension de retraite CNRACL,
- prélèvement bancaire.

Les règlements par chèque ou en espèces peuvent être acceptés à titre exceptionnel.

Sur sa demande un Membre Participant peut payer les cotisations d'autres membres participants ou d'ayants droit.

Les Membres participants pré-comptés peuvent demander le regroupement de cotisations.

4-4 CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

L'Assemblée générale de la Mutuelle vote chaque année les cotisations applicables l'année suivante.

Cette même Assemblée peut donner pouvoir au Conseil d'Administration, conformément à l'article 20 des statuts de la Mutuelle, pour procéder à des modifications de cotisations en cours d'année si les circonstances l'exigent.

4-5 DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Conformément aux statuts de la Mutuelle et aux dispositions légales de l'Article L.221-7 du Code de la Mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou 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 a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La 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 poursuites et de recouvrement.

En cas de Résiliation des garanties par défaut de paiement, le Membre Participant est tenu de restituer à la Mutuelle sa carte mutualiste.

4-6 REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

La Dénonciation, la Résiliation, la Radiation, et l'exclusion ne donnent droit à aucun remboursement des cotisations versées, sauf cas prévus par les articles L 221-10-2 et L 221-17 du Code de la Mutualité.

4-7 FRAIS D'IMPAYÉS

Les frais bancaires d'impayés, les frais de poursuite et de recouvrement (notamment le coût de la mise en demeure envoyée par la Mutuelle...) sont à la charge du Membre Participant.

5 - LES PRESTATIONS MUTUALISTES

5-1 DÉFINITION

Les prestations de la gamme « INITIALE » sont définies dans l'annexe jointe au présent règlement mutualiste.

5-2 ÉTENDUE DES PRESTATIONS

La Mutuelle Complémentaire intervient en complément du régime obligatoire de Sécurité sociale. Les plafonds de garantie sont exprimés par référence à la base de remboursement de la Sécurité sociale. La Mutuelle Complémentaire sert également d'autres prestations expressément décrites dans ce présent règlement.

Les différentes formules de la garantie frais de santé de l'offre proposées par la Mutuelle sont solidaires et responsables.

1. Solidaires

La loi qualifie une garantie santé de solidaire lorsque la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

2. Responsables

Conformément aux dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :

- la prise en charge intégrale de la participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au 1 de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale pour les prestations couvertes par un régime obligatoire y compris les prestations liées à la prévention (**cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R 160-5 du code de la Sécurité sociale**).
- la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 (classe A), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article.
- Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
- Les frais de soins dentaires prothétiques exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale ou,

en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

- La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier dans les établissements hospitaliers, étant précisé que le forfait hospitalier n'est pas pris en charge dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Conformément à ces mêmes dispositions du code de la Sécurité sociale, en cas de prise en charge par la Mutuelle, le montant des prestations versées par la Mutuelle pour les garanties suivantes, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maximas fixés par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale pour :

- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5,
- Les frais exposés pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel de la classe B, c'est à dire autres que ceux à prise en charge renforcée du 100% Santé.
- Les remboursements en optique, autres que ceux concernant les dispositifs inclus dans le 100% Santé, s'effectuent toujours dans la limite des plachers et des plafonds prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale en fonction des corrections visuelles. Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est toujours limitée à 100 euros.
- Les frais exposés pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives autres que ceux à prise en charge renforcée du 100% santé.
- Les remboursements pour les aides auditives autres que celles concernant les dispositifs inclus dans le 100% santé s'effectuent toujours dans les limites fixées au b) 4° de l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale (soit, quelles que soient les garanties souscrites, au maximum 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° de l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale).

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mu-

tuelle :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus),
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),
- tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

Il est à noter que le montant des prestations servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pourra varier si l'assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Sont exclues de la prise en charge par la Mutuelle les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements Assurance Maladie Obligatoire en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Les garanties en optique comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf dans les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu par le code de la Sécurité sociale –notamment pour les enfants de moins de 16 ans- ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ce délai de deux ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire pour l'assuré concerné.

Pour les dispositifs médicaux d'aide auditive, les garanties comprennent la prise en charge d'une seule aide auditive par oreille par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Enfin la Mutuelle permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

La Mutuelle communique préalablement à la souscription et annuellement aux Membres participants :

- d'une part le rapport, exprimé en pourcentage entre le montant des prestations versées par la Mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties,
- d'autre part le montant et la composition de ses frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes.

Ces éléments figurent en annexe au règlement mutualiste.

5-3 ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

Les Membres participants et leurs ayants droit doivent être affiliés à un régime de la Sécurité sociale dépendant de la législation française.

L'étendue territoriale concernant les prestations de complémentarité maladie est identique à celle des prestations maladie réglées par le régime d'affiliation du Membre Participant.

5-4 BRANCHES 1 ET 2 : ACCIDENT ET MALADIE

5-4-1 LES PRESTATIONS SANTE

Les prestations dont bénéficie le Membre Participant sont celles correspondant à la couverture complémentaire santé choisie parmi les différents niveaux de garanties de la gamme INITIALE, proposés par la Mutuelle et détaillées dans le tableau des garanties annexé au présent règlement.

5-4-2 LES ALLOCATIONS JOURNALIÈRES

Date de prise d'effet de la garantie Allocations journalières

Le Membre Participant en activité normale de service au moment de la date de prise d'effet de son adhésion à la Mutuelle bénéficie de la garantie Allocations journalières après un Délai de Stage de 9 mois décompté à partir de la date de prise d'effet de son adhésion à la Mutuelle.

Le Membre Participant en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique au moment de la prise d'effet de son adhésion à la Mutuelle ne bénéficie de la garantie Allocations journalières qu'au terme d'un Délai de Stage de 9 mois décompté à partir de la date à laquelle il a repris son travail à temps complet et se trouve en activité normale de service, justifiée par la production du bulletin de salaire.

Toute diminution du traitement de base d'un membre ayant débuté avant son adhésion à la Mutuelle ou pendant le Délai de Stage n'est pas pris en charge par la Mutuelle.

Le Délai de Stage de 9 mois n'est toutefois pas applicable aux membres participants des catégories 1 ou 2, agents de la Ville de Paris, ayant un indice brut de rémunération égal ou inférieur à 388 et bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

Caractère obligatoire de la garantie allocations journalières

La garantie allocations journalières est obligatoire pour :

- tout Membre Participant actif, catégories 1 et 2, **hors médecins vacataires**, des administrations,
- tout Membre Participant actif des catégories 1 et 2, agent de la Ville de Paris dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 et bénéficiaire de l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

La Mutuelle accorde, sur demande du Membre Participant, **aux seuls agents de la Ville de Paris**, une dispense à la souscription de la garantie allocations journalières dès lors que le Membre Participant lui fournit un justificatif démontrant qu'il bénéficie d'une garantie prévoyance en cas d'incapacité de travail souscrite dans le cadre de l'ancien article 22 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 ou des articles L 827-1 et suivants du code général de la fonction publique.

Contenu de la garantie Allocations journalières

Au titre de la garantie Allocations journalières, la Mutuelle indemnise une diminution du traitement de base du Membre Participant : cette diminution devant être consécutive à une maladie ou un accident (**étant précisé que ne sont pas pris en charge par la Mutuelle les diminutions du traitement de base consécutives à un accident du travail, une maladie professionnelle, ou la maternité**).

Le 1^{er} jour de congé de maladie ordinaire, appelé jour de carence, n'est pas pris en charge par la Mutuelle.

En cas de diminution du traitement de base du membre par suite de maladie ou accident (**hors accidents du travail, maladies professionnelles, ou maternité**), et après épuisement des droits ouverts au Membre Participant du fait de l'adhésion de son administration employeuse à un organisme intervenant dans ce domaine, la Mutuelle garantit :

- aux membres participants actifs, catégories

1 et 2, **hors médecins vacataires**, des administrations dont l'indice brut de rémunération est supérieur à 388, en congé pour maladie ordinaire, en congé pour longue maladie, en congé pour maladie de longue durée ou en disponibilité d'office pour raison de santé, après expiration de leurs droits à congé maladie à plein traitement, le paiement d'une allocation garantie pendant **365 jours calendaires sur une période de trois ans**.

- aux membres participants actifs des catégories 1, et 2, **hors médecins vacataires** des administrations dont l'indice brut de rémunération est inférieur à 388, en congé pour maladie ordinaire, en congé pour longue maladie, en congé pour maladie de longue durée ou en disponibilité d'office pour raison de santé, après expiration de leurs droits à congé maladie à plein traitement, le paiement d'une allocation garantie pendant **365 jours calendaires sur une période de trois ans**.
- aux membres participants actifs des catégories 1 et 2, agents de la Ville de Paris dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 et bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS) en congé pour maladie ordinaire, en congé pour longue maladie, en congé pour maladie de longue durée ou en disponibilité d'office pour raisons de santé, après expiration de leurs droits à congés maladie à plein traitement, le paiement d'une allocation garantie pendant :
 - **9 mois (270 jours calendaires) pour les maladies ordinaires,**
 - **2 ans (730 jours calendaires) pour les longues maladies,**
 - **3 ans (1095 jours calendaires) pour les maladies de longue durée,**

Le montant de l'allocation journalière est égal à un pourcentage de rémunération mensuelle de base plus l'indemnité de résidence, utilisée pour le calcul de la cotisation de la Mutuelle, selon le Module choisi.

Un supplément journalier est également accordé au Membre Participant pour chaque enfant ayant droit mutualiste, dans la limite de 10% de la rémunération mensuelle de base plus l'indemnité de résidence, servant de calcul à l'allocation. Il est versé pendant la même durée que les allocations journalières.

Le versement d'une allocation journalière par la Mutuelle est toujours subordonné à la condition suivante : le Membre Participant doit avoir été adhérent à la Mutuelle et avoir cotisé à celle-ci au titre de la période pour laquelle il demande une indemnisation par la Mutuelle. En l'absence de cette condition, son droit à prestation n'est pas né. En conséquence, en cas de fin d'adhésion du Membre Participant à la Mutuelle, le versement par la Mutuelle d'une allocation journalière cesse à la date de fin de cette adhésion, hors indemnisation initiée pendant la période d'adhésion cotisée.

En cas de suspension d'une adhésion à la Mutuelle, aucune allocation journalière pour diminution de traitement de base ne sera versée par la Mutuelle

au titre de la période de suspension. L'allocation journalière au titre de la période de suspension pour motif de non-paiement de la cotisation ne peut être versée car le droit à prestation n'est pas né.

La garantie Allocations journalières est indemnitaire : le montant des allocations journalières ne peut pas être supérieur à la perte de revenu subie par le membre adhérent.

En cas de cumul de garanties (le Membre Participant étant aussi assuré par un autre organisme assureur que la Mutuelle au titre d'une garantie prévoyance couvrant une diminution de son traitement de base), la Mutuelle n'interviendra qu'après paiement par cet autre organisme assureur des prestations qui sont dues au membre et pour le solde restant alors à indemniser au titre de la diminution de son traitement de base.

Fin du versement de la garantie Allocations journalières

Le versement de l'allocation journalière cesse :

- **le jour de la reprise totale d'activité normale de service ;**
- **à l'expiration des délais maximum de versements indiqués dans le présent règlement ;**
- **à la date de liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du Membre Participant ;**
- **à la date de liquidation de la pension de retraite du régime de base du Membre Participant,**
- **au jour du décès du Membre Participant ;**
- **au jour de la date de fin de l'adhésion du Membre Participant à la Mutuelle (hors indemnisation initiée pendant la période d'adhésion cotisée).**

5-5 LES ALLOCATIONS INDEMNITAIRES OU FORFAITAIRES - BRANCHE 21

Les Membres Participants perçoivent pour eux-mêmes et leurs ayants droit des allocations dont le détail est précisé ci-après.

Branche 21 : Nuptialité - Natalité

Allocation mariage

L'Assemblée générale peut décider chaque année le versement d'une allocation forfaitaire au Membre Participant à l'occasion de son mariage ou de son pacs, sur présentation des documents justificatifs.

Allocation naissance ou adoption

L'Assemblée générale peut décider chaque année :

- Le versement d'une allocation forfaitaire au Membre Participant à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, sur présentation des documents justificatifs. Ces allocations varient en fonction des niveaux de garanties, tel que précisé dans le tableau des garan-

ties annexé au présent règlement.

- La part de cotisation affectée à cette allocation.

5-6 AUTRES PRESTATIONS

5-6-1 FONDS DE SECOURS ET DE SOLIDARITÉ

Des secours exceptionnels peuvent être accordés par la Mutuelle au Membre Participant ou à ses ayants droit, pour des besoins liés à la maladie, l'infirmité, le décès, la perte de salaire ou à tout évènement exceptionnel (catastrophes naturelles, événements familiaux particuliers, naissances multiples...) selon les procédures de fonctionnement et critères d'attribution définis aux alinéas suivants.

Les aides sont accordées dans la limite des crédits ouverts à cet effet, chaque année, par l'Assemblée générale.

Ces secours sont financiers mais peuvent également revêtir exceptionnellement la forme d'une remise de dette due à la Mutuelle.

Procédure de fonctionnement de la commission du fonds de secours et de solidarité

Les dossiers de demande de secours sont examinés par une commission composée d'administrateurs. Cette commission a en charge l'examen des dossiers de demande et décide de l'attribution de l'aide allouée. **Cette décision est sans recours et non motivée.**

Critères d'attribution du fonds de secours et de solidarité

L'attribution des secours dépend de la situation familiale de l'adhérent, de son ancienneté à la Mutuelle, de ses ressources et de sa situation financière.

Pour effectuer une demande au titre du fonds de secours et de solidarité, il faut obligatoirement :

- être adhérent ou ayant droit à la Mutuelle depuis 1 an au moins à la date de la demande,
- être à jour de ses cotisations à la date de la demande.

En tout état de cause, au titre du fonds de secours et de solidarité :

- une somme allouée en cas de perte de salaire ne peut excéder l'équivalent d'un mois d'allocations journalières,
- une somme allouée dans le cadre du décès d'un membre participant ou de l'un de ses ayants-droit ne pourra excéder 1 200 € dans la limite des frais réellement engagés,

Le versement intervient sur présentation d'un dossier comportant l'intégralité des justificatifs (factures acquittées) des frais engagés.

Toute demande d'attribution devra faire l'objet d'un courrier exposant les motifs de la demande, accompagné du formulaire de demande de secours spécifique, daté et signé ainsi que des pièces demandées par la Mu-

tuelle, adressé à MCV PAP COMMISSION DE SECOURS ET DE SOLIDARITE – 2 - 4 rue Sadi-Carnot 94545 BAGNOLET CEDEX

5-6-2 FONDS ACTIVITES SOCIALES ET PREVENTION

Il est créé un Fonds activités sociales et prévention, qui a pour objet d'améliorer les conditions de vie des adhérents et de leurs ayants droit et d'organiser des actions de prévention pour les membres participants dans la limite des crédits ouverts à cet effet.

L'assemblée générale fixe chaque année, le montant de la dotation affectée à ce Fonds pour son fonctionnement au titre de l'exercice suivant.

5-6-3 LE SERVICE D'INFORMATION SOCIALE

Tous les Membres participants de la Mutuelle Complémentaire peuvent bénéficier gratuitement de ce service.

5-6-4 LES ACTIVITES DES ORGANISMES MUTUALISTES

Les Membres Participants de la Mutuelle ont accès aux activités développées par des organismes mutualistes avec lesquels la Mutuelle a passé convention.

5-6-5 MC ENSEMBLE

Une information régulière est adressée à tous les Membres Participants par l'envoi de la publication interne de la Mutuelle.

5-7 AUTRES SERVICES PROPOSÉS AUX MEMBRES PARTICIPANTS

5-7-1 ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE -TÉLÉCONSULTATION

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de FRAGONARD ASSURANCES, un contrat d'assistance vie quotidienne et un service de téléconsultation dont bénéficient ses Membres participants du seul fait de leur adhésion, c'est-à-dire sans cotisation supplémentaire. Les conditions d'application sont précisées conformément aux dispositions légales, par une notice d'information spécifique.

5-7-2 ASSURANCE/ASSISTANCE SCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE ENFANTS ET ASSURANCE/ ASSISTANCE SCOLAIRE ETUDIANTS

a. Assurance/assistance scolaire enfants (en inclusion)

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de FRAGONARD ASSURANCES, un contrat d'assurance/assistance scolaire dont bénéficient sans cotisation supplémentaire les ayants droit d'un Membre participant visés à l'article 5-2 des statuts, âgés de 2 à 20 ans révolus.

b. Assurance/assistance extrascolaire enfants (optionnelle)

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de FRAGONARD ASSURANCES un contrat d'assurance qui permet à ses Membres participants pour leurs ayants droit visés à l'article 5-2, des statuts âgés de 2 à 20 ans révolus, de bénéficier sur option d'un contrat d'assurance extrascolaire moyennant une inscription individuelle et

une cotisation. Les conditions d'application sont précisées conformément aux dispositions légales, par une notice d'information spécifique.

c. Assurance/assistance scolaire Etudiants

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de FRAGONARD ASSURANCES, un contrat d'assurance/assistance scolaire Etudiants dont bénéficient sans cotisation supplémentaire les membres participants « étudiants » visés à l'article 5-1-e des statuts.

Les stages en situation de salarié ne sont pas couverts par cette assurance.

Les conditions d'application sont précisées conformément aux dispositions légales, par une notice d'information spécifique.

5-7-4 ALLOCATION OBSEQUES (OPTIONNEL)

La mutuelle complémentaire distribue un contrat d'assurance qui permet à ses Membres Participants de souscrire à titre facultatif et moyennant une adhésion individuelle et une cotisation, un contrat d'assurance Allocation obsèques Les conditions de ce contrat sont établies par l'organisme assureur.

5-7-5 ASSISTANCE AUX OBSEQUES - RAPATRIEMENT DE CORPS EN TERRE D'ORIGINE (OPTIONNEL)

La Mutuelle Complémentaire distribue un contrat d'assurance qui permet à ses Membres participants de souscrire à titre facultatif un contrat d'assistance aux obsèques et de rapatriement de corps moyennant une adhésion individuelle et le paiement d'une cotisation spécifique à l'organisme assureur. Les conditions de ce contrat d'assistance sont établies par l'organisme assureur.

5-8 DÉCHÉANCES DES DROITS À PRESTATIONS EN CAS DE MAUVAISE FOI OU DE FRAUDE

Le Membre Participant qui effectue une déclaration de mauvaise foi ou avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

5-9 DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le délai habituel de versement des prestations sur le compte bancaire indiqué par le Membre Participant est de 5 jours ouvrés après réception de l'image décompte fournie par le régime obligatoire dans le cadre de la procédure NOEMIE ; il est en principe de 10 jours ouvrés après réception du dossier complet de la demande de remboursement pour le traitement manuel des prestations.

6 - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Les prestations sont servies dans les conditions définies au présent règlement et à l'annexe jointe pour :

- le Membre Participant,
- ses ayants droit, tels que définis à l'article 5 alinéa 2 des statuts, pour lesquels le Membre participant a demandé qu'ils soient garantis par la Mutuelle.

7 - MODALITÉS ET FORMALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

7-1 PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Conformément aux articles L.224-8 et L.224-9 du code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire ; **l'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge effective du Membre Participant et ce dans le cadre du respect du contrat solidaire et responsable.**

Le montant des allocations journalières ne peut pas être supérieur à la perte de revenu subie par le Membre Participant.

La Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations mentionnées à l'article L.224-8 du code de la Mutualité, dans les droits et actions des Membres Participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables dans les conditions prévues par l'article L.224-9 du Code de la Mutualité.

Sous réserves des dispositions contractuelles incluses au présent règlement, 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.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du Membre Participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Les Membres Participants de la Mutuelle, titulaires et stagiaires de l'AP-HP, subrogent automatiquement dans leur droit la Mutuelle afin qu'elle recouvre auprès de l'AP-HP, l'avance de prestations qu'elle a effectuée pour le compte de l'AP-HP conformément aux dispositions de la convention de délégation de paiement conclue entre l'AP-HP et la Mutuelle.

7-2 OUVERTURE DU DROIT À PRESTATIONS ET DELAIS DE STAGES

Le droit est ouvert dès la date de prise d'effet de l'adhésion. **Seuls les soins dont la date d'exécution se situe après la date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et avant la date de fin de cette adhésion à la Mutuelle peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.**

Néanmoins des délais de stages (carences) sont prévus :

- **6 mois pour bénéficier du forfait lié à la prise en charge de l'intervention réfractive de l'œil.**
- **9 mois pour les allocations journalières et supplément par enfant à charge, à l'exception des membres participants des catégories 1 ou 2, agent de la Ville de Paris, ayant un indice brut de rémunération égal ou inférieur à 388 et bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS) dont le droit aux allocations journalières et supplément par enfant à charge est ouvert sans Délai de Stage.**

7-3 DÉCLARATIONS DE SINISTRE

Par sinistre il faut entendre toute dépense de santé liée à la maladie ou tout événement donnant droit à une prise en charge par la Mutuelle dans les conditions propres au niveau de garanties choisi par le Membre Participant.

Les déclarations accompagnées des justificatifs correspondants au sinistre, sont à adresser :

- par lettre simple à : Mutuelle Complémentaire 93545 BAGNOLET CEDEX
- ou à faire parvenir par l'intermédiaire des correspondants ou représentant de la Mutuelle.
- ou en utilisant l'espace sécurisé adhérent-assuré du site internet de la Mutuelle : [https:// mutcomplementaire.fr](https://mutcomplementaire.fr).

7-4 JUSTIFICATIFS

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à la production de justificatifs (copie de la prescription médicale, facture acquittée, note d'honoraires acquittée). Les prestations soumises à cette disposition sont indiquées sur le tableau des garanties annexé au présent règlement.

7-5 TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission est une procédure qui permet à l'assurance maladie obligatoire de transmettre directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part. Cette télétransmission est une organisation destinée à faciliter les remboursements mais n'est pas obligatoire. Elle est mise en place par la Mutuelle sauf refus exprès du Membre Participant.

Pour les Membres participants ayant déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre

organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après Radiation auprès du centre de Sécurité sociale à la demande du Membre Participant faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre de Sécurité sociale, il appartient au Membre Participant d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation "Vitale".

Les prestations ayant fait l'objet d'un refus ou non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ne peuvent être traitées par la télétransmission. Le Membre Participant doit alors adresser les justificatifs à la Mutuelle si le remboursement est prévu par la Couverture ou le Module.

Les prestations n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire envoyés par le Membre Participant ainsi que les originaux des factures acquittées.

7-6 TIERS PAYANT

Les membres participants sur présentation de leur carte mutualiste peuvent bénéficier du tiers payant :

- sur les prestations faisant l'objet des garanties de la Mutuelle, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité,
- et en tout état de cause avec les organismes ayant passé convention avec la Mutuelle Complémentaire.

7-7 CESSATION DES DROITS

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la Radiation, de l'Exclusion ou du retrait d'un bénéficiaire, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

En cas de prestations versées indûment à un Membre Participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un Membre Participant ou un ayant droit pendant la suspension de ses garanties ou postérieurement à la fin de son adhésion à la Mutuelle entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au Membre Participant le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

8 - MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE

8-1 MODIFICATIONS DES PRESTATIONS/COTISATIONS

L'Assemblée générale de la Mutuelle vote chaque année les prestations et cotisations applicables l'année suivante.

Cette même Assemblée peut donner pouvoir au Conseil d'Administration, conformément à l'article 20 des statuts de la Mutuelle, pour procéder à des modifications de prestations ou cotisations en cours d'année si les circonstances l'exigent.

En application de l'article L221-5 du code de la Mutualité, toute modification du présent règlement fait l'objet d'une notification aux membres participants.

8-2 MODIFICATIONS DE LA SITUATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET/OU DE LEURS AYANTS DROIT

Tout changement dans la situation personnelle et/ou familiale et/ou administrative et/ou professionnelle doit être signalé par écrit à la Mutuelle, accompagné des documents nécessaires. **Le changement signalé peut entraîner une modification des garanties proposées et/ou le passage dans une catégorie de Membres Participants différente de celle dont bénéficie le Membre Participant.**

Le Membre Participant est averti de cette modification si elle entraîne une diminution ou une augmentation de cotisations.

La modification suite au changement signalé par le Membre Participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de cette information.

Les étudiants doivent produire chaque année à la Mutuelle Complémentaire les documents justifiant de leur qualité d'étudiant telle que définie à l'article 5, alinéa 1-e des statuts. **En cas de non-production de ces documents, les étudiants seront placés, selon leur situation, sur le même niveau de garantie, dans les catégories de Membres Participants 1, 2 ou 4 dont ils se verront appliquer la cotisation plafond.**

Lorsqu'un Membre Participant cotisant actif âgé de plus de 30 ans, demande à intégrer la catégorie 3 (étudiants) en justifiant d'entamer un parcours d'études sans rémunération, la Mutuelle au titre de la solidarité accepte exceptionnellement ce changement de catégorie.

En cas de modification de revenus, les Membres participants non précomptés, sont tenus d'adresser à la Mutuelle copie de leur avis d'imposition ou de leur fiche de paie selon les cas.

La Mutuelle peut demander à tout moment un justificatif de revenus ou de pension au Membre Participant. **En cas de refus ou de non-réponse dans un délai de trois mois, il sera appliqué la cotisation plafond de la couverture ou du Module concerné.**

8-3 MODIFICATIONS DES GARANTIES, DES STATUTS ET RÈGLEMENTS

Conformément à l'article L.221-5 du code de la Mutualité, toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée

Générale, ou par le conseil d'administration sur délégation de l'Assemblée générale en application de l'article L114-11 du code de la Mutualité et de l'article 20 des statuts de la Mutuelle, sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue d'information «MC Ensemble» numérotée, adressée aux membres participants.

Conformément à l'article L.114-7-1 du code de la Mutualité, toute modification des montants des cotisations ainsi que des prestations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Le Membre Participant souhaitant modifier sa garantie devra en faire la demande exclusivement par écrit. Si elle est acceptée, la modification prendra effet le premier du mois suivant le jour de réception de la demande.

- Le Membre Participant relevant de la couverture 2 peut opter à tout moment pour le Module A ou B ou C, ou pour le Module Plus.
- Le Membre Participant relevant du Module A ou B ou C peut opter à tout moment pour le Module Plus.

Pour toute autre modification de niveau de garanties un délai de deux ans d'adhésion est exigé.

Le bénéfice des garanties spécifiques aux Membres Participants de la catégorie 1 ou 2, agents de la ville de Paris, dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS), cesse de plein droit et sans qu'il soit besoin de notification, au jour de la fermeture de leurs droits à l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

Il en va de même pour leur cotisation qui sera revue au jour de la fermeture de leurs droits à l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

Ils continuent automatiquement à bénéficier des prestations correspondant à leur niveau de garanties dans les conditions prévues au présent règlement.

8-4 CAS OUVRANT DROIT À RÉSILIATION ANTICIPÉE

Il convient pour ce qui concerne les cas ouvrant droit à Résiliation anticipée de faire application des statuts de la Mutuelle Complémentaire et des dispositions des articles L.221-10-2 et L.221-17 du Code de la Mutualité :

- **chaque Membre Participant ou bien la Mutuelle peut mettre fin à une adhésion lorsque les conditions d'adhésion prévues à l'article 6 des statuts ne sont plus remplies,**
- **le Membre Participant peut dénoncer son adhésion à la Mutuelle, dans le cadre de l'article L221-10-2 du code de la mutualité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités,**
- **le Membre Participant peut enfin dénoncer son adhésion à la Mutuelle, dans le cadre de l'article**

L221-17 du code de la mutualité. La Résiliation prend effet un mois après réception de la notification.

Dans tous les cas, les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la Résiliation.

La Mutuelle rembourse au Membre Participant la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

9 - DIVERS

9-1 PRESCRIPTION

La prescription applicable est celle définie par l'article L.221-11 du code de la Mutualité. Toute action dérivant des opérations de la Mutuelle est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la MCV PAP en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,**
- **quand l'action du Membre Participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la MCV PAP 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 le Membre Participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

La prescription est portée à 10 (dix) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, du code de la Mutualité, le bénéficiaire n'est pas le Membre Participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du Membre Participant décédé.

Pour les garanties sur la vie, notwithstanding les dispositions du paragraphe précédent, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 (trente) ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Conformément à l'article L221-12 du Code de la mutualité, la prescription peut aussi être interrompue par la dé-

signation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressé par la Mutuelle au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

9-2 FAUSSES DÉCLARATIONS

Les déclarations faites par le Membre Participant et ses bénéficiaires servent de base à la garantie ; la Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du Membre Participant, les dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité s'appliquent.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, la Mutuelle peut appliquer les dispositions prévues par l'article L.221-15 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration 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.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisations acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par

le Membre Participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avant été complètement et exactement déclarés.

9-3 LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française.

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité.

Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la réglementation applicable auxdits organismes.

9-4 DISPOSITIONS EN APPLICATION DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ - BLOCTEL

Les données à caractère personnel recueillies par la Mutuelle, responsable de traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées pour la relation contractuelle dans le cadre de l'adhésion et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant ou ses ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégués de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Le Membre Participant et ses ayants droit peuvent exprimer leur souhait que leurs coordonnées ne soient pas transmises aux partenaires commerciaux de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 (RGPD) et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées, le Membre Participant et ses ayants droits disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données à caractère personnel les concernant. Ils disposent également des droits d'opposition, de limitation du traitement de leurs données à caractère personnel. Le Membre Participant dispose du droit de retirer son consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur un consentement effectué avant le retrait.

Le Membre Participant et ses ayants droit disposent aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès (ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés après son décès les droits rappelés ci-dessus).

Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la Protection des Données de la Mutuelle par courrier : MCV PAP - Délégué à la Protection des Données - 93545 BAGNOLET CEDEX, ou par e-mail : dpo@mutcomplementaire.fr

Le Membre Participant et ses ayants-droit disposent d'un droit de recours auprès de la

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Cnil) en cas de violation de la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel et notamment du RGPD : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Tel. 01.53.73.22.22.

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

La Mutuelle peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un Membre Participant ou d'un ayant droit.

En application de l'article L.223-1 du Code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr

9-5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

9-6 RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le Membre Participant, son bénéficiaire ou son ayant droit, doit adresser un écrit à la Mutuelle

- par lettre simple à : MCV PAP - SERVICE RECLAMATIONS 93545 BAGNOLET CEDEX,
- ou par l'intermédiaire des correspondants ou représentants de la Mutuelle,
- ou en utilisant l'espace sécurisé adhérent du site internet de la Mutuelle : www.mutcomplementaire.fr,

en précisant la nature de la réclamation, le numéro d'adhérent, les coordonnées auxquelles l'intéressé souhaite être recontacté.

Toutes les réclamations font l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix jours à compter de la date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale). Elles sont traitées sous un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la demande.

9-7 MÉDIATEUR DE LA CONSOMMATION

La Mutuelle complémentaire a fait le choix de recourir, en tant que médiateur de la consommation, aux services de la Médiation Fédérale afin de traiter au mieux les litiges individuels opposant un Membre Participant à la Mutuelle. Le médiateur est compétent exclusivement pour les engagements résultant de l'application du présent règlement mutualiste ou des statuts de la Mutuelle. Il peut être saisi par le Membre Participant ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de réclamations, et si aucune procédure contentieuse n'est engagée. La saisine se fait par écrit à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la mutualité Fran-

çaise FNMF

225 rue Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15
ou directement sur le site du médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le médiateur rend un avis motivé dans les 90 jours maximum suivant la réception du dossier complet.

Le médiateur peut prolonger ce délai, à tout moment, en cas de litige complexe. Il en avise immédiatement les parties.

Le médiateur doit être saisi dans un délai maximum d'1 (un) an suivant la réclamation écrite faite à la Mutuelle.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsqu'il a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal.

Le médiateur, en faisant connaître aux parties la solution qu'il propose, leur rappelle, par courrier simple ou par voie électronique :

- qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution ;
- que la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;
- que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

Le médiateur précise également quels sont les effets juridiques de l'acceptation de la proposition de solution et fixe un délai d'acceptation ou de refus de celle-ci.

La saisine du médiateur de la consommation suspend la prescription (article 2238 du code Civil).

9-8 JURIDICTION COMPÉTENTE

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (tribunal judiciaire).

9-9 COMMUNICATION D'INFORMATIONS À DESTINATION DU PUBLIC

Les comptes annuels, le rapport de gestion, le rapport des commissaires aux comptes sur les comptes annuels, le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) sont consultables sur le site de la Mutuelle www.mutcomplementaire.fr.

10 - ANNEXES AU RÈGLEMENT MUTUALISTE

10-1 LES ANNEXES LISTÉES CI-APRÈS FONT PARTIE INTÉGRANTE DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

- Tableau des garanties, gamme « INITIALE ».
- Grille des cotisations, gamme « INITIALE ».
- Document d'information normalisé sur le règlement mutualiste et les garanties souscrites,
- Notice d'information Assistance vie quotidienne,(consultable sur le site www.mutcomplementaire.fr)
- Notice d'information Assurance-assistance scolaire,(consultable sur le site www.mutcomplementaire.fr)
- Rapport entre le montant des prestations versées par la Mutuelle et le montant des cotisations hors taxes pour le remboursement et l'indemnisation des frais médicaux. Montant et composition des frais de gestion et d'acquisition,
- information sur la vente à distance,
- Glossaire UNOCAM (consultable sur le site www.mutcomplementaire.fr)