



# **REGLEMENT**

# **MUTUALISTE**

**JANVIER 2017**

## REGLEMENT MUTUALISTE

### SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>Chapitre I : Garanties proposées</b>	<b>3</b>
Article 1 : Garanties	3
Article 2 : Principes tarifaires	3
Article 3 : Changement de situation	4
<b>Chapitre II : Obligations des membres participants envers la mutuelle</b>	<b>4</b>
Article 4 : Admission - Adhésion	4
Article 5 : Date d'effet de l'adhésion	4
Article 6 : Durée et renouvellement de l'adhésion	4
Article 7 : Cotisations	5
Article 8 : Exclusions	5
<b>Chapitre III : Obligations de la mutuelle envers ses bénéficiaires</b>	<b>5</b>
Article 9 : Informations des adhérents	5
Article 10 : Prestations accordées par la Mutuelle	5
Article 11 : Taux des prestations	6
Article 12 : Produits complémentaires proposés par la Mutuelle	6
Article 13 : Valeurs limites des remboursements	6
Article 14 : Subrogation - Recours contre les tiers	6
Article 15 : Prise d'effet - Délais	6
Article 16 : Paiement des prestations	6
Article 17 : Réclamations	7
Article 18 : Tiers payant	7
Article 19 : Dispositions relatives à certaines prestations	7
Article 20 : Soins à l'étranger	7
Article 21 : Prestations indues	7
Article 22 : Forclusion	7
Article 23 : Modifications de la réglementation	7
Article 24 : Informatique et libertés	7
Article 25 : Médiations - Litiges	7
<b>Annexes :</b>	
<b>1 - Tableau des prestations versées au titre des garanties Base, Base Plus, Complète, Complète Plus et Réduite</b> (Voir pavé "Affichez les prestations" de la page d'accueil du site internet de la Mfcf)	
<b>2 - Formulaire d'adhésion</b> (Voir onglet "Adhésion" de la page d'accueil du site internet de la Mfcf)	
<b>3 - Tableaux des cotisations mensuelles des garanties Base, Base Plus, Complète, Complète Plus et Réduite</b> (Voir pavé "Votre devis en ligne" de la page d'accueil du site internet de la Mfcf)	

## REGLEMENT MUTUALISTE

Approuvé par le Conseil d'Administration du 29 septembre 2016

### INTRODUCTION

Conformément à l'article L.114-1 du code de la mutualité et en application de l'article 2 des statuts de la Mutuelle Familiale des Cheminots de France (Mfcf), le présent règlement mutualiste a pour objet, de définir le contenu des engagements contractuels existant entre la mutuelle et chaque membre participant, qui a souscrit une garantie complémentaire santé.

Ce document détermine les conditions d'application de ces garanties, notamment en ce qui concerne les cotisations et les prestations et s'impose au membre participant ainsi qu'à ses éventuels ayants droit.

Le présent règlement mutualiste est adopté par l'assemblée générale de la mutuelle.

### CHAPITRE I

#### GARANTIES PROPOSEES

##### ARTICLE 1 - GARANTIES

La mutuelle offre à ses bénéficiaires, à leur choix, les garanties désignées ci-après :

- Garantie **Base** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent document.
- Garantie **Base Plus** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent document.
- Garantie **Complète** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent document.
- Garantie **Complète Plus** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent document.

La Garantie **Réduite** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent document.

Cette garantie n'est pas conforme aux exigences des contrats responsables définis par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Cette garantie est fermée aux nouvelles adhésions. Les bénéficiaires l'ayant choisie antérieurement au 31 décembre 2015 peuvent en rester adhérents.

##### ARTICLE 2 - PRINCIPES TARIFAIRES

Pour l'ouverture des droits aux prestations de la mutuelle, les bénéficiaires se répartissent en fonction :

- Du niveau de la garantie souscrite : base, base plus, complète, complète plus et réduite.
- Du régime d'assurance maladie obligatoire relevant de la législation française (CPRP ou autres régimes de sécurité sociale), sans limitation d'âge.
- De leur âge à l'adhésion selon les tranches d'âge définies dans les annexes de cotisations.
- De la catégorie de bénéficiaires telle que définie ci-après :

**Membres participants** (communément désignés adhérents) comme définis au chapitre II des statuts de la Mfcf :

- Personnels en activité, retraités, pensionnés affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la Snpc (CPRP) ou à un autre régime obligatoire de sécurité sociale.
- Conjoints séparés, divorcés ou veufs.

**Ayants droits** comme défini au chapitre II des statuts de la Mfcf :

- Conjoints en activité affiliés CPRP ou à un autre régime obligatoire de sécurité sociale, conjoints non-salariés d'agents en activité.
- Conjoints retraités, conjoints de retraités ou de pensionnés.

**Enfants à charge** de l'adhérent :

Sont réputés comme enfants à charge de l'adhérent, les enfants de moins de 18 ans fiscalement à leur charge, considérés par la sécurité sociale comme des ayants droit, ceux du conjoint, du concubin ou ceux de la personne avec qui l'adhérent est lié(e) par un pacte civil de solidarité.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la date anniversaire des 29 ans dans les cas suivants :

- Les enfants scolarisés ou étudiants (joindre un certificat de scolarité ou la carte étudiante ainsi que l'attestation d'affiliation au régime obligatoire).
- Les enfants en apprentissage ou alternance sous réserve que leurs revenus soient inférieurs à 55% du Smic (joindre leur contrat et leur attestation d'affiliation au régime obligatoire).
- Les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi (attestation d'inscription à Pôle emploi et attestation d'affiliation au régime obligatoire).

Enfin, sont considérés à charge sans limite d'âge :

- Les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et, considérés comme à charge au sens de la législation de la sécurité sociale, les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

Pour que les bénéficiaires âgés de 18 ans et plus puissent être considérés comme "Enfants à charge", les adhérents concernés doivent communiquer, par courrier ou par mail ([fichiermfcf@mutuelle-cheminots.fr](mailto:fichiermfcf@mutuelle-cheminots.fr)) avant le 31 octobre de chaque année, les différentes pièces justificatives précitées.

L'adhérent peut procéder à l'inscription de ses ayants droit, sous réserve de les inscrire à la même garantie que celle qu'il a choisie. Ainsi, dans une même famille, tous ses membres doivent avoir la même garantie.

Exception faite pour les familles de bénéficiaires ayant opté pour la garantie réduite dont certains de ses membres peuvent opter pour la garantie complète.

### ARTICLE 3 - CHANGEMENT DE SITUATION

L'adhérent doit informer par courrier la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement de toute modification dans sa situation ou celle de ses éventuels ayants droit, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations.

Il en est ainsi de la modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite et également des changements de domicile, de caisse d'assurance maladie obligatoire, de compte bancaire, ...

La mutuelle procède aux mutations utiles lorsqu'elle est informée de modifications de la situation professionnelle ou familiale de l'adhérent :

- Soit à sa demande.
- Soit d'office.

La mutation prend effet au premier jour du mois civil au cours duquel la demande a été effectuée, ou sur justificatif porté à la connaissance de la mutuelle.

Le redressement du compte "cotisations" ne peut avoir d'effet rétroactif en deçà du premier jour du mois au cours duquel la régularisation a eu lieu.

Toutefois, dans le cas de signalement tardif de changement de situation ou de régime : CPRP / autres régimes, les insuffisances de cotisation sont récupérées au moment de la régularisation de la situation.

Il est possible de changer de garantie une fois par an au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, après un délai minimum d'un an dans la garantie précédente. La demande concerne toute la famille, exception faite des adhérents de la garantie réduite (voir article 2 ci-avant). Elle doit être formulée par écrit au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède.

## CHAPITRE II

### OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

#### ARTICLE 4 - ADMISSION - ADHESION :

4.1. Par "entreprises ferroviaires", telles que reprises au dit article 7 des statuts de la Mfcf, il faut entendre notamment :

- Les EPIC Sncf.
- Toute entreprise établie en France, titulaire d'une licence d'opérateur ferroviaire délivrée par le ministère des transports.

4.2. L'adhésion de l'adhérent et le cas échéant de ses ayants droit est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment rempli. Préalablement à l'adhésion, il est remis une fiche d'information décrivant les conditions d'adhésion, droits et obligations réciproques de l'adhérent et de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la mutuelle et du présent règlement mutualiste.

Le formulaire est transmis à la mutuelle en y joignant :

- La photocopie du document délivré par un régime d'assurance maladie obligatoire (CPRP, SS, MSA, etc...) établi pour l'adhérent et les éventuels ayants droit.

- Le cas échéant, la photocopie de l'attestation d'ouverture des droits du précédent organisme de protection complémentaire de santé de l'adhérent ou le certificat de radiation ou résiliation de celui-ci.
- Les documents nécessaires au prélèvement des cotisations et du versement des prestations.

4.3. Le formulaire d'adhésion figure à l'annexe 2 du présent document.

#### ARTICLE 5 - DATE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet selon les modalités suivantes :

- Au 1<sup>er</sup> jour du mois en cours si le dossier complet d'adhésion parvient à la mutuelle avant le 15 du mois.
- Au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant dans le cas contraire.

Toutefois, si l'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficiaires produit(sent) un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, la date d'effet de l'adhésion s'effectue au 1<sup>er</sup> jour du mois en cours, sous réserve de l'encaissement par la mutuelle des cotisations liées à la période concernée.

En tout état de cause, la prise d'effet des garanties est subordonnée, d'une part, à la réception d'un dossier d'adhésion signé et complet comprenant l'ensemble des pièces justificatives demandées et d'autre part, du bon paiement de la première cotisation.

Le droit aux prestations prend effet dès l'adhésion à l'exception de certaines prestations, soumises à un délai d'attente mentionné à l'article 15 du présent document.

#### ARTICLE 6 - DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion à la garantie choisie est annuelle et produit effet du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'adhérent, dans les conditions suivantes :

- L'adhérent peut démissionner et mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant, à la mutuelle, une lettre recommandée, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1<sup>er</sup> jour de l'année suivante.
- Dès réception de l'avis d'échéance annuel de cotisation où la date limite d'exercice du droit de dénonciation de l'adhésion est mentionnée, le 30 décembre de l'année en cours. L'adhérent dispose d'un délai de quinze jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour dénoncer la reconduction.
- Toutefois, si cet avis lui est adressé après le 15 décembre, l'adhérent dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis figurant sur le cachet de la poste pour dénoncer la reconduction.
- L'adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution de sa carte mutualiste en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la notification par l'adhérent de sa demande dûment justifiée.

- L'adhérent peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion, s'il bénéficie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Sur production de l'attestation d'ouverture des droits à la CMU-C par l'adhérent, la résiliation de la garantie prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la CMU-C.
- La résiliation peut être prononcée par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations et pour fraude ou fausse déclaration intentionnelle.

## ARTICLE 7 - COTISATIONS

### 7.1 - Utilisation

Les cotisations servent à assurer les charges ci-après :

- Prestations aux bénéficiaires.
- Charges inhérentes à la CMU-C.
- Cotisations aux organismes mutualistes extérieurs : Fnmf, Fmp, ...
- Frais de fonctionnement de la mutuelle.
- Impôts et taxes.
- Constitution et maintien de la marge de solvabilité, du fonds social et du fonds de garantie.

### 7.2 - Tableau des cotisations

Les cotisations mensuelles des différentes garanties sont reprises en annexe 3 du présent document.

### 7.3 - Exonération d'enfants à charge

Les enfants fiscalement à charge, jusqu'à la date anniversaire des 29 ans, et reconnus par les régimes obligatoires sont exonérés de cotisation dans les cas suivants :

- **Familles comportant trois enfants ou plus** : seuls les deux enfants les plus âgés paient une cotisation, les autres en sont exonérés,
- **Enfants d'adhérents prenant leur retraite à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017** : lorsque le retraité chef de famille est, ainsi que ses enfants rattachés, inscrit à la Mfcf au moment du passage à la retraite, les enfants rattachés acquittent une cotisation au demi-tarif de la cotisation de leur catégorie si leurs éventuels revenus sont inférieurs à 55% du Smic. Cette mesure applicable sans rétroactivité intervient le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date où le retraité a fourni la totalité des pièces justificatives à la Mfcf.
- **Enfants d'adhérents ayant pris leur retraite avant le 01 janvier 2017** : lorsque le retraité chef de famille est, ainsi que ses enfants rattachés, inscrit à la Mfcf au moment du passage à la retraite, les enfants rattachés sont exonérés de cotisation si leurs éventuels revenus sont inférieurs à 55% du Smic. Cette mesure applicable sans rétroactivité intervient le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date où le retraité a fourni la totalité des pièces justificatives à la Mfcf.

### 7.4 - Prime de fidélité

Les adhérents et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient d'une prime de fidélité sous forme d'une réduction de leur cotisation dès lors qu'ils ont adhéré à la Mfcf pendant un certain nombre d'années continues.

Chaque personne protégée (à l'exception des enfants rattachés) bénéficie d'une réduction de cotisation dans les conditions suivantes :

- Moins de 20 ans de présence : cotisation normale.
- De 20 à moins de 25 ans de présence : réduction de 3% de la cotisation.
- De 25 à moins de 30 ans de présence : réduction de 5% de la cotisation.

- De 30 ans et plus de présence : réduction de 7% de la cotisation.

Cette mesure intervient le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date anniversaire de l'adhésion.

### 7.5 - Réduction de cotisation pour certains adhérents

Pour certains adhérents à revenus modestes, bénéficiant ou non de l'aide à la mutualisation reprise au point 3 de l'article 2 des statuts de la Mfcf, la mutuelle accorde des réductions de cotisations étudiées au cas par cas par la commission d'action sociale.

### 7.6 - Modes de paiement

Les cotisations sont payables d'avance, au choix mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon le mode de règlement retenu :

- De préférence par prélèvements automatiques sur un compte bancaire ou postal.
- A défaut, pour les agents actifs de la Sncf, par prélèvement direct sur solde.
- A défaut, par chèque bancaire ou virement postal.
- A défaut, par prélèvement sur pension mensuellement.

**Le coût des rejets de prélèvements pour non approvisionnement de compte ou changement d'intitulé du compte non signalé à la mutuelle est à la charge de l'adhérent et cumulé avec l'appel de cotisation suivant.**

## ARTICLE 8 - EXCLUSION

Sont exclus les adhérents et les ayants droit rattachés qui auraient causé volontairement un préjudice dûment constaté aux intérêts de la mutuelle.

L'exclusion est prononcée par le conseil d'administration de la mutuelle.

## CHAPITRE III

### OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES BÉNÉFICIAIRES

#### ARTICLE 9 - INFORMATION DES ADHÉRENTS

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des Statuts, du Règlement Mutualiste et, sur sa demande, du Règlement Intérieur. Toute modification de ces documents est portée à la connaissance de l'adhérent. Elle est applicable de plein droit et n'entraîne aucune rétroactivité dans son application.

Chaque adhérent est informé, sur sa demande :

- Des réalisations sanitaires et sociales auxquelles il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du code de la mutualité.
- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

#### ARTICLE 10 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

La liste des prestations et les différents taux de remboursement sont précisés dans l'annexe 1 du présent document.

La mutuelle accorde des prestations complémentaires à celles du régime obligatoire de l'assurance maladie. Au titre de l'action sociale accessoire aux contrats, la mutuelle participe aux frais d'obsèques pour toutes les garanties sauf pour la garantie Base.

Ce droit est acquis après l'expiration d'un délai de 6 mois de présence à la Mfcf sous réserve d'avoir adhéré avant l'âge de 65 ans. La mutuelle verse aussi des allocations ou aides particulières.

Les prestations sont exprimées par une somme forfaitaire ou par un pourcentage incluant la base de remboursement par les organismes de sécurité sociale.

Dans le cadre des quatre garanties base, base plus, complète et complète plus, citées à l'article 1 du présent document, la mutuelle verse des prestations conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables (cf. article 2 des statuts de la Mfcf) :

- Remboursement du ticket modérateur.
- Participation au remboursement de certains dépassements du tarif officiel des organismes d'assurance maladie.
- Paiement d'allocations forfaitaires.
- Paiement d'allocations diverses, indépendantes des règles de participation des organismes d'assurance maladie.

#### **ARTICLE 11 - TAUX DES PRESTATIONS**

Les taux des prestations sont fondés sur les conditions de remboursement des dépenses de santé par les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'attestation d'ouverture des droits aux prestations rappelle les principaux taux et, pour chaque bénéficiaire, le droit au tiers payant.

#### **ARTICLE 12 - PRODUITS COMPLEMENTAIRES PROPOSES PAR LA MUTUELLE**

##### **12.1 - Caractéristiques**

La mutuelle recherche et fait connaître des produits complémentaires pouvant contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses bénéficiaires et leur permettre de faire face à leurs aléas.

##### **12.2 - Prestations funéraires**

La mutuelle a passé des conventions avec certains organismes de prestations funéraires qui proposent pour les adhérents et leurs familles des conditions préférentielles pour l'organisation d'obsèques.

#### **ARTICLE 13 - VALEURS LIMITES DES REMBOURSEMENTS**

Le remboursement par la mutuelle au titre des prestations complémentaires ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du bénéficiaire.

#### **ARTICLE 14 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE LES TIERS**

La mutuelle est subrogée de plein droit au bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident ayant entraîné le décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

#### **ARTICLE 15 - PRISE D'EFFET - DELAIS**

**15.1** Le droit aux prestations prend effet dès l'adhésion de la personne protégée.

**15.2** Cependant, le droit aux prestations ci-après ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de :

- 6 mois pour l'allocation décès sous réserve d'avoir adhéré avant l'âge de 65 ans.
- 6 mois pour l'allocation maternité ; cette allocation est liée à l'inscription à la mutuelle :
  - ✓ Du nouveau-né dans un délai de 3 mois après le jour de sa naissance.
  - ✓ Ou du nouvel adopté dans un délai de 3 mois après la date figurant sur le certificat d'adoption.
- 6 mois pour les dépenses relatives aux implants dentaires.
- 2 ans pour les forfaits relatifs aux appareils de correction auditive.
- 5 ans pour la participation aux placements en établissements d'hébergement pour personnes âgées et établissement de cure médicalisée 3<sup>ème</sup> âge.

##### **15.3 Cas particuliers**

**15.3.1. En cas de mutation d'un autre organisme de protection complémentaire :**

Pour les nouveaux adhérents, admis par mutation d'un autre organisme de protection complémentaire santé, le droit aux prestations est immédiat pour eux-mêmes et leurs ayants droit, sauf pour celles énumérées à l'article 15.2 du présent document.

La mutation prend effet à compter du premier jour du mois de la cessation de garantie par l'ancien organisme.

**15.3.2. En cas de changement de garantie :**

A la date de changement de garantie (1<sup>er</sup> janvier de chaque année - voir article 2 du présent document), les bénéficiaires sont remboursés aux taux de la nouvelle garantie, à l'exception des demandes concernant les actes entièrement exécutés avant cette date, remboursés aux taux de l'ancienne garantie.

Toutefois, un délai de présence de 6 mois sur la nouvelle garantie est requis pour les dépenses relatives aux implants dentaires.

Cette disposition concerne le passage de la garantie Base à la garantie Base Plus ou Complète ou Complète Plus, ainsi que le passage de la garantie Base Plus ou Complète ou Réduite à la garantie Complète Plus.

**15.3.3. Lors de promotions commerciales :**

Des promotions commerciales décidées par la mutuelle peuvent prévoir des dérogations aux règles ci-dessus.

#### **ARTICLE 16 - PAIEMENT DES PRESTATIONS**

Le paiement des prestations complémentaires de l'assurance maladie énumérées en annexe 1 du présent document est effectué à réception :

- Soit des données informatiques des décomptes édités par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour le règlement de leurs propres prestations.
- Soit des demandes de remboursement pour les dépenses d'hospitalisation et soins externes, pour certaines prestations optiques ou dentaires et pour les dépassements relatifs aux prestations sanitaires.

Les prestations sont réglées par virements. Les versements sont justifiés par un décompte.

#### **ARTICLE 17 - RECLAMATIONS**

Les réclamations concernant les prestations dues ou les cotisations perçues par la mutuelle sont reçues **pendant le délai d'un an** compté :

- A partir du jour de l'édition du décompte de l'organisme du régime obligatoire de sécurité sociale.
- Ou de celui de la mutuelle.
- Ou du jour échéance des cotisations dues.
- Ou de la date de la facture des soins.

#### **ARTICLE 18 - TIERS PAYANT**

La mutuelle garantit les accords de tiers payant (ticket modérateur - part complémentaire) à condition que le professionnel de santé concerné (ou l'organisme le représentant) accepte la pratique du tiers payant intégral par l'intermédiaire d'une convention passée avec la mutuelle ou un service concentrateur.

La Mfcf a adhéré au tiers-payant santé mis en place par la société ALMERYS. De ce fait, avec les praticiens conventionnés par cette société, l'avance de frais est évitée pour l'adhérent et un remboursement rapide est assuré aux professionnels de santé.

L'obtention du tiers payant nécessite la présentation de la carte mutualiste en cours de validité, comportant les droits ouverts pour le bénéficiaire à la date des soins.

Elle permet aux adhérents de bénéficier du tiers payant uniquement pour les risques mentionnés sur celle-ci et suivant les accords passés avec les professionnels de la santé.

Cette carte nominative est **strictement personnelle**. Elle ne peut en aucun cas être utilisée par quelqu'un ne figurant pas nominativement sur la carte.

Sa validité est annuelle quel que soit le mode de règlement de la cotisation.

#### **ARTICLE 19 - DISPOSITIONS RELATIVES A CERTAINES PRESTATIONS**

Le bénéfice de prestations, concernant des actes professionnels ne donnant pas lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, est soumis à la décision de la commission d'action sociale de la mutuelle, après avis de son médecin-conseil, à l'exception de celles dûment répertoriées et tarifées dans le tableau des prestations de la mutuelle.

#### **ARTICLE 20 - SOINS A L'ETRANGER**

Lorsqu'un adhérent, ou l'un de ses ayants-droit, séjourne à l'étranger à titre temporaire ou permanent, il se rapproche de la caisse du régime obligatoire auquel il est rattaché pour connaître les dispositions valables dans ce pays en matière de dépense de santé.

La mutuelle, quant à elle, rembourse éventuellement les dépassements suivant les règles applicables sur le territoire français.

#### **ARTICLE 21 - PRESTATIONS INDUES**

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à un adhérent ou à un professionnel de santé, la mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire et pourra éventuellement prélever les sommes indûment perçues sur les prestations à venir de l'adhérent.

Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation frauduleuse de la carte mutualiste.

#### **ARTICLE 22 - FORCLUSION**

Les factures acquittées par l'adhérent, ouvrant droit à prestations, doivent être remises à la mutuelle dans un délai maximal d'un an. Passé ce délai, elles n'ouvriront plus droit à remboursement.

La date prise en compte pour l'examen de ce délai sera celle de l'émission du document justificatif.

#### **ARTICLE 23 - MODIFICATION DE LA REGLEMENTATION**

En cas de modification fixée par le régime obligatoire d'assurance maladie de la réglementation ou des tarifications, la mutuelle peut être contrainte d'ajuster la définition des garanties et le niveau des cotisations sans que cela ne constitue une remise en cause du contrat.

Ces modifications sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents de la mutuelle.

#### **ARTICLE 24 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Dans le cadre de ses missions d'assureur complémentaire, la mutuelle est amenée à recueillir et traiter des informations nominatives informatiquement.

Les informations détenues répondent aux exigences réglementaires et légales et sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, les informations recueillies sont confidentielles.

Aucune information gérée directement par la mutuelle ne fait l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Chaque adhérent bénéficie d'un droit d'accès aux informations le concernant et d'un droit de rectification et d'opposition pour motif légitime qui s'exercent sur demande écrite à la mutuelle.

Chaque adhérent peut, sur simple demande écrite adressée à la mutuelle, faire appel au correspondant "Informatique et Libertés" qui est désigné par le conseil d'administration.

#### **ARTICLE 25 - MEDIATION - LITIGES**

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, l'adhérent peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à la mutuelle, sur simple demande écrite adressée à la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, faire appel au médiateur qui est désigné par le conseil d'administration.

