



REGLEMENT
MUTUALISTE



RÈGLES
DE GESTION
SANTÉ



Applicables à toutes les catégories de membres à compter du 1^{er} janvier 2018



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

REGLEMENT MUTUALISTE

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES AUX PARTICULIERS ET AUX COLLECTIVITES	3
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1 : Définitions	3
Définitions des membres participants	3
Définitions des groupes	3
CHAPITRE 2 : PRINCIPES DE COTISATION	3
Article 2 : Financement de la garantie	3
Article 3 : Montant des cotisations	3
Article 4 : Défaut de paiement	3
CHAPITRE 3 : PRESTATIONS	3
Article 5 : Règles générales	3
Article 6 : Contrat Responsable et respect du parcours de soins coordonnés	3
Article 7 : Règlement des prestations	3
Article 8 : Règlement à l'adhérent	4
Article 9 : Règlement à un tiers, Tiers payant	4
Article 10 : Modalités de prise en charge des prestations, hors Tiers payant	5
Article 11 : Plafonds de garanties spécifiques	5
Article 12 : Forclusion	5
Article 13 : Prestations indues	5
Article 14 : Garanties exclues	5
Article 15 : Subrogation	5
CHAPITRE 4 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES	5
Article 16 : Information de la mutuelle	5
CHAPITRE 5 : INFORMATION DES ADHERENTS	6
Article 17 : Information contractuelle	6
CHAPITRE 6 : LITIGES	6
Article 18 : Prescription - Réclamation - Médiation - juridiction compétente	6
TITRE II : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS INDIVIDUELS	6
CHAPITRE 1 : ADHESION	6
Article 19 : Bulletin d'adhésion	6
Article 20 : Date d'effet	6
Article 21 : Ouverture des droits	7
Article 22 : Stages	7
Article 23 : Changement de garantie ou d'option	7
Article 24 : Bénéficiaires de l'aide à la mutualisation	7
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS	7
Article 25 : Appel des cotisations	7
Article 26 : Modalités de règlement	7
CHAPITRE 3 : RESILIATION, RADIATION	7
Article 27 : Résiliation	7
Article 28 : Radiation	8
Article 29 : Réintégration	8
TITRE III : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES	8
CHAPITRE 1 : ADHESION	8
Article 30 : Contrat	8
Article 31 : Bulletin d'affiliation	8
Article 32 : Date d'effet	8
Article 33 : Ouverture des droits	8
Article 34 : Stages	8
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS	9
Article 35 : Appel des cotisations	9
Article 36 : Modalités de règlement	9
CHAPITRE 3 : RADIATION	9
Article 37 : Radiation individuelle	9
Article 38 : Radiation collective	9
Article 39 : Réintégration	9
CHAPITRE 4 : NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	9
Article 40 : Modalités	9
TITRE IV : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS FACULTATIFS	9
CHAPITRE 1 : ADHESION	9
Article 41 : Contrat	9
Article 42 : Bulletin d'adhésion	10
Article 43 : Date d'effet	10
Article 44 : Ouverture des droits	10
Article 45 : Stages	10
Article 46 : Bénéficiaires de l'aide à la mutualisation	10
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS	10
Article 47 : Appel de cotisations	10
Article 48 : Modalités de règlement	10
CHAPITRE 3 : RADIATION	11
Article 49 : Radiation	11
Article 50 : Réintégration	11
CHAPITRE 4 : NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	11
Article 51 : Non renouvellement par la collectivité	11
Article 52 : Résiliation individuelle	11
TITRE V : INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	12

TITRE I :

DISPOSITIONS COMMUNES AUX PARTICULIERS ET AUX COLLECTIVITES

CHAPITRE 1 :

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 : DEFINITIONS

Définitions des membres participants

Les membres participants de CCMO Mutuelle, tels qu'ils sont définis dans les statuts, sont répartis au sein de deux collèges : le collège des individuels et le collège des collectivités, eux-mêmes constitués de groupes, savoir :

- S'agissant du collège des individuels : il comprend l'ensemble des adhérents à titre individuel répartis en deux groupes
 - particuliers,
 - travailleurs non salariés appelés également professionnels indépendants,
- S'agissant du collège des collectivités : il comprend deux groupes de collectivités : celui des adhérents ayant souscrit dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, et celui des adhérents ayant souscrit dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Le présent règlement concerne l'ensemble des adhérents des deux collèges précités.

Définitions des groupes

Le collège des individuels comprend :

- le groupe des particuliers qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, la garantie correspondant à l'une des options décrites ci-après en annexe. L'adhésion se réalise dans le cadre d'un contrat individuel (TITRE II).
- le groupe des travailleurs non salariés qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, dans le cadre de leur activité professionnelle, la garantie correspondant à l'une des options décrites ci-après en annexe. L'adhésion se réalise dans le cadre d'un contrat individuel (TITRE II).

Le collège des collectivités comprend :

- les adhérents ayant adhéré dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, signé avec un employeur personne physique ou morale (TITRE III),
- les adhérents ayant adhéré dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, signé avec un employeur personne physique ou morale, ou toute structure juridique qui lui est rattachée, ou avec une personne morale agissant dans l'intérêt de ses membres (TITRE IV).

L'ensemble des personnes ayant adhéré dans le cadre d'un contrat collectif appartient alors au collège des collectivités indépendamment du collège d'appartenance visé à l'article 18 des statuts de la mutuelle.

CHAPITRE 2 :

PRINCIPES DE COTISATION

ARTICLE 2 : FINANCEMENT DE LA GARANTIE

Le membre participant souscripteur d'un contrat individuel, l'entreprise ou toute personne morale souscriptrice d'un contrat collectif obligatoire ou facultatif, s'engage au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture de prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle.

ARTICLE 3 : MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie standard ou spécifique choisie et de la composition familiale.

Dans cette cotisation sont incluses :

- les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations, etc),
- les cotisations techniques,
- les taxes en vigueur, ainsi que toute taxe à venir imposées par la réglementation.

L'ensemble des sommes dues est réputé former un tout et être indivisible.

La cotisation est révisable annuellement en fonction des résultats techniques de la mutuelle et des évolutions des dépenses de santé fournies par les indices officiels. Par ailleurs, l'évolution des cotisations de certains contrats collectifs peut faire l'objet d'un suivi spécifique en concertation avec le souscripteur.

Par ailleurs, s'agissant des contrats individuels et collectifs facultatifs, la cotisation peut être modulée en fonction :

- du revenu,
- de la durée d'appartenance à la mutuelle,
- du régime de sécurité sociale d'affiliation,
- du lieu de résidence,
- du nombre d'ayants droit,
- de l'âge des membres participants.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier et éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des bénéficiaires venait à être augmentée suite à une évolution du Régime obligatoire. Les augmentations sont décidées par le Conseil d'administration et ratifiées par la prochaine Assemblée générale.

Les modalités d'appel et de règlement des cotisations sont traitées au Chapitre 2 des Titres II, III et IV ci-après.

ARTICLE 4 : DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement, la mutuelle se réserve, conformément aux dispositions des articles L.221-7 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et L.221-8 dudit Code pour les opérations collectives, le droit de :

- recouvrer les cotisations auprès du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale,
- suspendre la garantie en cas de non paiement constaté trente jours après l'envoi de la mise en demeure,
- résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai précité de trente jours.

En cas d'envoi d'une mise en demeure, le membre participant, la collectivité ou la personne morale se verra facturer par la Mutuelle une somme forfaitaire de 20 € par mise en demeure, dont le montant est fixé par le Conseil d'administration de la Mutuelle.

Les modalités de règlement sont détaillées aux articles 26, 36 et 48 ci-après.

CHAPITRE 3 :

PRESTATIONS

ARTICLE 5 : REGLES GENERALES

Les frais médicaux, pris en charge par le Régime obligatoire, font l'objet d'un remboursement complémentaire en fonction de l'option choisie à l'exception des soins non remboursés par le Régime obligatoire ou hors nomenclature, sauf dérogation, indiquée dans le tableau des garanties. Ils sont remboursés sur la base du Tarif de Convention du Régime général de l'Assurance Maladie.

En cas de désengagement du Régime obligatoire ayant pour effet une prise en charge moins importante des dépenses médicales, la mutuelle continue à verser des prestations contractuelles en fonction du taux de remboursement du Régime obligatoire antérieur au désengagement, sauf accord exprès entre les parties au contrat et dans la limite des obligations de prises en charge imposées à la mutuelle par la réglementation en vigueur.

Pour les praticiens non conventionnés, la mutuelle rembourse les soins sur la base du remboursement transmis par le Régime obligatoire (Tarif d'autorité).

Soins dispensés à l'étranger :

La Mutuelle rembourse le Ticket modérateur sur la base du remboursement transmis par le Régime obligatoire français.

ARTICLE 6 : CONTRAT RESPONSABLE ET RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Les garanties standards annexées au présent Règlement Mutualiste prévoient des niveaux de prestations minima et maxima mentionnés aux articles L871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale (cadre réglementaire des contrats responsables) sauf stipulations contraires indiquées expressément dans les tableaux de prestations.

Les collectivités qui ont souscrit une de ces garanties ou une garantie spécifique répondant aux normes des contrats responsables sont informées de cette qualification dans les conditions particulières de leur contrat. Toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires aux dispositions précitées relatives aux contrats responsables seraient sans effet et réputées non écrites.

Les bénéficiaires sont remboursés dans les conditions prévues par les garanties si le Régime obligatoire considère que le parcours de soins, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2005, est respecté.

En cas de non respect du parcours de soins coordonnés, conformément aux limites de remboursement imposées par les textes précités, la mutuelle applique les limites suivantes :

Ticket modérateur

- la majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge par la mutuelle.

Dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins relevant du secteur 1 et du secteur 2 sont remboursés :

- dans la limite de la garantie prévue à l'exception du montant forfaitaire, parfois appelé franchise, fixé dans le cadre de la Convention médicale nationale du 12 janvier 2005 ;

et

- dans la limite fixée par décret pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (CAS).

Dans l'hypothèse où le Professionnel de santé n'aurait pas informé de sa non adhésion au contrat d'accès aux soins (CAS) ou bien du non respect du parcours de soins coordonnés, la mutuelle peut récupérer auprès de l'adhérent les sommes versées à tort.

ARTICLE 7 : REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour le remboursement des soins, la mutuelle s'appuie exclusivement sur les dates de soins et montants portés sur le décompte du Régime obligatoire ou sur les factures acquittées. Les dates de soins indiquées sur le décompte du Régime obligatoire ou la facture acquittée font foi et la mutuelle ne saurait rembourser à l'adhérent et ses bénéficiaires des soins qui auraient été achevés postérieurement à la date de radiation du contrat.

Les prestations sont réglées :

• A l'adhérent :

- à partir des données fournies directement par le Régime obligatoire de l'adhérent lorsque celui-ci a autorisé le télétraitement sous réserve que la copie de l'attestation papier de la carte vitale soit transmise à CCMO Mutuelle en cas de changement ou d'ajout de bénéficiaire ou de changement de caisse de Régime obligatoire. Cette procédure le dispense d'envoyer son décompte à la mutuelle et accélère les délais de remboursement ;
- à partir des informations et justificatifs de dépenses transmis par l'adhérent lui-même. Il s'agit en l'espèce des décomptes originaux de l'organisme de Régime obligatoire et des factures originales des professionnels de santé acquittées ainsi que des devis ou prises en charge éventuels, aucune photocopie n'étant acceptée ;
- à partir des pièces justificatives spécifiques liées à l'allocation versée (naissance, obsèques, etc.).

Remarques :

- Les produits, accessoires et examens non remboursables par le Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite, sous réserve de présentation des justificatifs originaux correspondants.

La mutuelle assure le service d'allocations obsèques, naissances et diverses, versées au titre des options souscrites qui ne peuvent pas être réglées si l'évènement générateur intervient postérieurement à la date de résiliation ou de radiation de l'adhérent.

- L'allocation naissance ou adoption présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si l'inscription de l'enfant est effectuée dans les 2 mois de sa naissance. L'inscription de l'enfant prend effet le premier jour du mois civil de sa naissance. L'allocation naissance ne peut être versée qu'une seule fois au titre du même enfant.
- L'allocation pour l'enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil, présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.
- L'allocation obsèques présente un caractère indemnitaire et n'a ainsi à être versée que dans l'hypothèse où des frais ont été engagés.

S'agissant des contrats collectifs, l'allocation est versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire, sans pouvoir excéder l'âge maximum légal de départ à la retraite.

S'agissant des contrats individuels l'âge limite de versement est précisé dans le tableau des prestations de la garantie souscrite.

• Aux ayants droit du bénéficiaire décédé (adhérent, conjoint, enfant), ou à défaut, à l'héritier, sur présentation d'un certificat d'hérédité délivré par le Notaire chargé de la succession.

• Aux établissements de santé, aux professionnels de santé ou autres prestataires, lorsqu'une convention de Tiers payant est signée avec ces derniers.

L'allocation obsèques, sous réserve d'une déclaration faite dans les 6 mois à compter du décès et sous réserve que l'adhérent était à jour de ses cotisations, est réglée :

- à l'ayant droit, à l'héritier ou au tiers qui a couvert les frais de pompes funèbres sur présentation d'un certificat de décès et d'une facture acquittée à son nom. Dans le cas où les frais ont été réglés par un tiers, ce dernier devra en outre joindre la photocopie de sa pièce d'identité.

Si les frais ont été réglés à partir du compte bancaire ou postal personnel de l'adhérent décédé, ou dans le cadre d'une convention obsèques souscrite, de son vivant, par l'adhérent décédé, l'allocation obsèques entre dans le cadre de la succession. Elle est alors réglée :

- au Notaire désigné sur simple lettre de sa part et sur facture acquittée,
- à l'un des héritiers qui présentera, outre la facture acquittée, une promesse de porte-fort signée de sa main, un mandat écrit des autres héritiers ainsi qu'un acte de notoriété (à demander au Notaire chargé de la succession) certifiant de sa qualité d'héritier.

Le maintien des allocations obsèques, ainsi que leur montant, doivent être validés par l'Assemblée générale de la mutuelle qui vote chaque année leur reconduction, leur modification ou leur suppression.

Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. Il s'agit :

- du détartrage annuel et du scellement des puits, sillons et fissures dont les remboursements sont indiqués au poste «soins dentaires» de la garantie ;
- du dépistage de l'hépatite B dont le remboursement est indiqué au poste «Examens de laboratoire» de la garantie ;
- du dépistage des troubles de l'audition (audiométrie) pour lequel le remboursement est indiqué au poste «Actes techniques médicaux» de la garantie ;
- du bilan du langage oral ou d'aptitude à l'acquisition du langage écrit dont le remboursement est indiqué au poste «Auxiliaires médicaux» de la garantie ;
- de l'ostéodensitométrie remboursée par le Régime obligatoire et effectué par un médecin signataire ou non du Contrat d'accès aux soins (CAS). Le remboursement est précisé au poste «Actes techniques médicaux» de la garantie. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 200% ;
- des vaccinations prioritaires pour lesquels les remboursements sont précisés au poste «Pharmacie» de la garantie (Coqueluche -avant 14 ans-, hépatite B -avant 14 ans-, BCG -avant 6 ans-, méningite, diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges),

vaccinations contre les infections invasives à pneumocoque pour les enfants de moins de 18 mois, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant).

ARTICLE 8 : REGLEMENT A L'ADHERENT

8-1 Généralités

Le versement des prestations est subordonné au règlement des cotisations. En cas de non paiement de ces dernières, les prestations font l'objet d'un règlement après régularisation de la situation dans les six mois qui suivent la suspension des garanties et en l'absence de résiliation ou de radiation.

Les prestations font l'objet de l'établissement d'un décompte. Elles sont réglées par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou lui sont adressées par chèque bancaire.

Les montants des prestations sont calculés en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite.

On entend par remboursement, le montant cumulé versé par le Régime obligatoire et par tout autre organisme complémentaire y compris la mutuelle. Le montant des remboursements des dépenses de santé par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

8-2 Contrats multiples

Les garanties de même nature contractées auprès d'un ou 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 peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les adhérents sont tenus de faire connaître les remboursements effectués par les autres organismes assureurs auprès desquels ils ont contracté des garanties de même nature.

8-3 Subrogation

Lorsque l'adhérent ou un ayant-droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, CCMO Mutuelle dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur dans les conditions fixées à l'article 15 du présent règlement.

Le membre participant atteint de blessures imputables à un tiers, et/ou, le cas échéant, son employeur, doivent en informer CCMO Mutuelle lors des formalités de demande de prestations.

ARTICLE 9 : REGLEMENT A UN TIERS, TIERS PAYANT

Pour certains actes et prescriptions, la mutuelle peut régler tout ou partie des honoraires et frais médicaux directement aux praticiens, professionnels de santé et/ou établissements ayant passé une convention avec elle.

Cette modalité, appelée « Tiers payant », ne pourra être appliquée que sous réserve de la réglementation des pouvoirs publics. Par ailleurs, le Tiers payant peut être limité au seul ticket modérateur des tarifs servant de base au remboursement du Régime obligatoire. Il n'est possible que pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés avec le Régime obligatoire et/ou la mutuelle, sauf obligation contraire imposée par la loi ou la réglementation.

9-1 Carte mutuelle de tiers payant

L'obtention du Tiers payant nécessite la présentation de la carte de tiers payant en cours de validité, comportant les droits ouverts pour le bénéficiaire à la date des soins ou de facturation (produits pharmaceutiques par exemple).

Cette carte 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 quelque soit le mode de règlement de la cotisation. En cas d'impayés, la carte de tiers payant papier est mensuelle.

Un duplicata de carte papier peut être délivré à la demande de l'adhérent, moyennant le paiement des frais de duplicata fixés forfaitairement à 5,50 €.

Pour bénéficier du Tiers payant, l'adhérent doit présenter obligatoirement, la carte de tiers payant en cours de validité ainsi que la carte Vitale (ou l'attestation papier).

9-2 Modalités complémentaires

Le Tiers payant se fait sur la base de 100 % des tarifs de convention des Régimes obligatoires (Sécurité sociale, etc.), sauf accords spécifiques, notamment pour la radiologie, ou prise en charge par la mutuelle à défaut l'adhérent doit faire l'avance des suppléments et en demander le remboursement à la mutuelle en produisant le décompte du Régime obligatoire (Sécurité sociale, etc.) et les pièces justificatives des dépenses. Les suppléments lui seront alors remboursés par la mutuelle dans le cadre des garanties souscrites, selon les procédures habituelles.

Lorsque l'adhérent n'utilise pas le Tiers payant pour la part complémentaire, alors qu'il l'a utilisé pour la part Régime obligatoire, il ne devra pas fournir à la mutuelle de justificatif de paiement de la part complémentaire afin d'en obtenir le remboursement : la procédure de transmission informatisée des dépenses sera appliquée.

L'utilisation de la carte de tiers payant par l'adhérent qui n'est pas à jour de ses cotisations de mutuelle ou par la personne protégée qui n'est plus couverte par l'adhérent constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

9-3 Prise en charge

En cas d'hospitalisation, de soins dentaires, optiques ou d'appareillage auditif, l'adhérent peut demander à la mutuelle une estimation de la prise en charge lui permettant de connaître précisément son reste à charge. Elle permet au Professionnel de santé d'obtenir un engagement de prise en charge par la mutuelle. Les montants indiqués sur la prise en charge pour les soins dentaires, optiques ou appareillage auditif correspondent aux montants remboursables par la mutuelle au jour de la demande de la prise en charge et pendant toute la durée de sa période de validité, sous réserve de remboursements qui seraient intervenus entre sa date de délivrance et la date de réalisation des soins. Dans le cas de soins réalisés postérieurement à la période de validité indiquée, les montants remboursables pourront être différents de ceux précisés sur la prise en charge délivrée. L'estimation communiquée par la mutuelle est établie sous réserve de la validité du contrat et du paiement des cotisations à la date de réalisation des soins.

ARTICLE 10 : MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS, HORS TIERS PAYANT

Lorsque le Tiers payant ne peut pas être appliqué, la mutuelle rembourse les frais de soins avancés par ses adhérents sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- décompte original du Régime obligatoire ; ou éventuellement des décomptes des autres régimes complémentaires ;
- facture originale acquittée ;
- toute autre pièce justificative exigée par la mutuelle en fonction des garanties souscrites (devis, photocopie de feuille de soins, etc.).

La présentation de photocopies de décomptes du Régime obligatoire et/ou de factures n'est pas recevable pour percevoir des remboursements de la part de la mutuelle.

ARTICLE 11 : PLAFONDS DE GARANTIES SPECIFIQUES

11-1 Plafonds progressifs prothèses dentaires

Dans le cadre de certaines options, des plafonds progressifs sur trois ans sont prévus en cas d'adhésion ou de mutation sur les prothèses dentaires. Lorsque les soins sont réalisés sur deux années, le calcul des plafonds applicable sera réalisé prorata temporis.

En cas de changement de garantie proposant également un plafond de garantie progressif sur trois ans, la tranche de plafond atteinte sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

11-2 Plafonds implants dentaires et plafonds progressifs implantologie dentaire

11.2.1 Pour certaines options, un plafond annuel peut être versé en cas de pose d'implant dentaire. Ce versement est toutefois conditionné à une prise en charge sur devis adressé à la mutuelle.

11.2.2 Dans le cadre de certaines options, des plafonds progressifs sur trois ans sont prévus en cas d'adhésion ou de mutation sur le poste implantologie dentaire non remboursée par le Régime Obligatoire.

Lorsque les soins sont réalisés sur deux années, le calcul des plafonds applicable sera réalisé prorata temporis.

En cas de changement de garantie dans la même gamme de produits, la tranche de plafond atteinte sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

11-3 Plafond audioprothèse reportable

Pour certaines garanties, en cas de non-utilisation de son plafond audioprothèses, l'adhérent dispose au 1er janvier de l'année suivante d'une augmentation de son plafond audioprothèses, et ce, en complément du ticket modérateur, dans les conditions précisées ci-dessous :

- Année de souscription (N) : garantie initiale = 1
- N+1 : garantie initiale majorée de 15 % = 1,15
- N+2 : garantie initiale majorée de 30 % = 1,30
- N+3 : garantie initiale majorée de 50 % = 1,50
- N+4 : garantie initiale majorée de 75 % = 1,75
- N+5 : garantie initiale majorée de 100 % = 2

Dès qu'une dépense d'audioprothèses entraîne un remboursement et quel que soit son montant, le plafond audioprothèses est ramené l'année suivante au montant initial. Ce système fonctionne pour tous les équipements audioprothèses.

On entend par audioprothèses, les prothèses auditives acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire.

Les consommables et accessoires (piles, produits d'entretien et petits accessoires) ne sont pas remboursés au titre de cette garantie.

Le montant du Plafond Audioprothèses Reportable est calculé au 1er janvier de chaque année ; il pourra être modifié rétroactivement si des dépenses audioprothèses ont été engagées au cours d'années antérieures sans avoir été portées à la connaissance de la CCMO, ayant entraîné le versement de prestations bonifiées à tort.

En cas de changement de garantie ou d'option, l'adhérent ne conserve pas le bé-

néfice du pourcentage de la bonification acquise dans le cadre de sa précédente garantie ou option.

ARTICLE 12 : FORCLUSION

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent, sous peine de forclusion, être remis à la mutuelle au plus tard dans les 12 mois suivant la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire, ou dans un délai de 12 mois à compter de la date de facturation pour toutes les prestations non remboursées par le Régime obligatoire.

Les réclamations concernant les remboursements sont obligatoirement formulées par écrit à la mutuelle dans un délai de trois mois après la date de règlement de la mutuelle.

ARTICLE 13 : PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'un des adhérents de la mutuelle ou à un professionnel de santé dans le cadre du Tiers payant, 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. Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers payant.

ARTICLE 14 : GARANTIES EXCLUES

La mutuelle prend en charge les dépenses relatives aux prestations donnant lieu à une prise en charge du Régime obligatoire et pour lesquelles l'assuré peut justifier d'un décompte de remboursement. Le niveau de prise en charge de ces dépenses par la mutuelle est défini au contrat.

La mutuelle ne rembourse pas les actes et prestations non remboursés par le Régime obligatoire ou hors nomenclature du Régime obligatoire ainsi que tous les autres frais non remboursés par le Régime obligatoire.

Lorsque la mutuelle prend en charge des prestations non remboursées par le Régime obligatoire, celles-ci sont expressément définies au contrat ou dans l'annexe du présent règlement mutualiste correspondant.

Elles correspondent aux garanties souscrites et aux barèmes de prestations, dans la limite du montant ou du nombre pour lesquels la mutuelle s'engage à participer.

ARTICLE 15 : SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique.

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

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Cette subrogation s'exercera après communication par l'adhérent concerné ou ses ayants droit, des éléments nécessaires à la mutuelle pour pouvoir pratiquer son recours dans les meilleures conditions possibles.

En cas de retard (délai de réponse supérieur à 30 jours à compter de l'intervention de la mutuelle auprès de l'adhérent ou de ses ayants droit) ou en cas de mauvaise foi de la part de l'adhérent ou de ses ayants droit, dans la communication des informations relatives à l'accident et/ou au(x) tiers responsable(s) ou leur(s) représentant(s), défenseur(s) ou assureur(s), la mutuelle se réserve le droit de réclamer à l'adhérent ou à ses ayants droit, l'intégralité des dépenses que la mutuelle a engagées pour son adhérent.

De même, si l'adhérent victime a été indemnisé - au titre des dépenses engagées par la mutuelle - par un quelconque organisme, la mutuelle pourra lui demander la restitution des prestations versées au titre de l'accident et de ses suites et conséquences, ainsi que de toute somme que la mutuelle a exposée dans le cadre de cette subrogation.

Remarque : Il est vivement conseillé aux adhérents de vérifier auprès de leurs divers assureurs que ces accidents sont bien couverts par eux, par un contrat adapté.

CHAPITRE 4 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

ARTICLE 16 : INFORMATION DE LA MUTUELLE

Seul l'adhérent (souscripteur du contrat) et non l'ayant droit, a la faculté de modifier le contrat.

Il doit communiquer tout changement qui pourrait intervenir pour lui et/ou ses ayants droits tels que l'état civil, la situation familiale, la situation vis-à-vis du Régime obligatoire, la domiciliation, les coordonnées bancaires, un nouveau centre de Régime obligatoire, etc.

Cette formalité doit être effectuée par courrier mentionnant le numéro d'immatriculation au Régime obligatoire avec les pièces justificatives associées (certificats de naissance, de mariage, de décès, etc.), faute de quoi le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

Si la modification est effectuée via le site internet de la mutuelle, la copie des pièces justificatives peut être transmise par voie électronique exclusivement par l'intermédiaire de l'espace sécurisé du site internet de la mutuelle. La copie, alors transmise, sera acceptée si elle constitue la reproduction fidèle et durable de l'original au sens de l'article 1379 du Code Civil. La mutuelle se réserve le droit de demander à tout moment à l'adhérent de lui fournir les originaux des justificatifs concernés, en mains propres ou par voie postale.

Dans certains cas, les modifications pourront être enregistrées sur simple appel téléphonique ou dans les agences de la mutuelle. L'inscription d'un ayant-droit en cours d'année implique au minimum son adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

En cas de décès porté à la connaissance de la mutuelle, la radiation du contrat sera effective le dernier jour du mois de survenance du décès sur la base des informations transmises par tout héritier de l'adhérent (la qualité d'héritier est établie par la présentation d'un acte de notoriété rédigé par un Notaire).

En cas de communication tardive, la date de radiation de l'adhérent sera effective le 1er jour du mois au cours duquel la mutuelle aura réceptionné la demande de radiation.

CHAPITRE 5 :

INFORMATION DES ADHERENTS

ARTICLE 17 : INFORMATION CONTRACTUELLE

Dans le cadre des garanties individuelles, les futurs membres participants reçoivent avant la signature du contrat, conformément aux dispositions de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information qui décrit leurs droits et obligations.

En application de l'article L.221-5 du Code de la mutualité, les membres participants bénéficiaires de garanties dans le cadre des opérations collectives sont informés des modifications de statuts et règlement, ainsi que des modifications de garanties définies au bulletin d'adhésion. En cas de souscription d'un contrat collectif, toute modification de celui-ci, y compris la modification de cotisation, est constatée par une lettre valant avenant pour les contrats standards et par un avenant signé par les parties pour les contrats spécifiques.

Il est précisé en dernier lieu que les adhérents, bénéficiaires d'une garantie résultant d'un contrat collectif, reçoivent de leur employeur au moment de l'adhésion, la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du même code, mise à jour en cas de modifications apportées au contrat.

Toute modification des statuts, du règlement mutualiste, des annexes au règlement mutualiste et de manière générale du contrat conclu entre la mutuelle et le membre participant, pourra valablement être notifiée par voie électronique aux adhérents ayant communiqué leur adresse courriel à la mutuelle.

Pour toute demande d'information concernant son adhésion ou son affiliation et ses prestations, le membre participant peut s'adresser par lettre simple à :

CCMO Mutuelle - Service Relations Adhérents
6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex.

CHAPITRE 6 :

LITIGES

ARTICLE 18 : PRESCRIPTION-RECLAMATION-MEDIATION-JURIDICTION COMPETENTE

18-1 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat existant entre le membre participant et la mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

2° 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées à l'article L. 111-1-1°-b) 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 contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de prestations.

18-2 Réclamation

En cas de questions ou réclamations concernant son contrat, l'Adhérent peut appeler l'accueil téléphonique de la Mutuelle au 03.44.06.90.00 (métropole), 02.62.25.08.08 (Ile de La Réunion) en se munissant au préalable des caractéristiques de son contrat et en particulier son numéro, pour accélérer le traitement de sa demande. En cas de persistance du conflit, les réclamations peuvent être adressées au service Réclamation de la Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 73 des statuts.

18-3 Médiation

En cas de difficultés dans l'interprétation du règlement mutualiste, ou en cas de différence entre les présentes dispositions et le tableau des garanties figurant en annexe, c'est la disposition la plus favorable à l'adhérent qui est retenue.

Dans tous les cas de difficultés d'application ou d'interprétation du règlement mutualiste et dans l'hypothèse où l'adhérent et la mutuelle ne parviendraient pas un accord, l'adhérent peut faire appel au médiateur de CCMO Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 73 des statuts.

18-4 Attribution de juridiction

Dans l'hypothèse où le médiateur ne pourrait pas rendre son arbitrage et/ou en cas de volonté de saisine des pouvoirs judiciaires, et plus généralement, faute de règlement amiable, tout désaccord survenant dans l'interprétation ou l'exécution du présent règlement mutualiste sera régi par les lois françaises, et sera exclusivement porté devant le Tribunal de Grande Instance de Beauvais, même en cas de pluralité de défendeurs.

TITRE II :

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS INDIVIDUELS

Les membres du collège des individuels et les conditions d'adhésion à titre individuel sont définis dans les statuts. Le présent Titre définit les modalités d'application des articles 8 à 10 et 12 à 16 des statuts.

CHAPITRE 1 :

ADHESION

ARTICLE 19 : BULLETIN D'ADHESION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature d'un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l'attestation papier de la carte vitale et du règlement de la première cotisation lors de l'adhésion effectué obligatoirement par chèque, espèces (dans la limite de 1.000 € conformément à l'article L112-6 du Code monétaire et financier), carte bancaire ou virement bancaire. Le prélèvement est subordonné au retour du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire - IBAN.

Tout contrat pour lequel aucune cotisation ne sera versée à la mutuelle devra être considéré comme non formé et sera donc de plein droit réputé n'avoir jamais existé.

ARTICLE 20 : DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt le 1er jour du mois civil suivant la réception du bulletin d'adhésion dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives. L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

Toute nouvelle adhésion au titre du membre participant implique au minimum le paiement de 12 mois de cotisation, selon les modalités prévues dans le présent règlement.

Le contrat qui lie le membre participant à la mutuelle a une durée minimum de douze mois.

Pour toute souscription postérieure au 1er janvier, le contrat prend fin le 31 décembre de la première année civile qui suit. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque 1er janvier, par période de douze mois.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

En cas d'adhésion à distance, le contrat prend effet au plus tôt le 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion, et en tout état de cause à l'expiration du délai de rétractation visé ci-après, sauf volonté contraire de l'adhérent exprimée à la mutuelle.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de souscription du contrat pour se rétracter.

En cas de rétractation durant le délai de 14 jours, les éventuelles dépenses effectuées par CCMO Mutuelle, en application du contrat, seront déduites de la cotisation qui sera remboursée à l'adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la demande.

Pour renoncer à l'adhésion, une lettre recommandée, avec accusé de réception,

doit être adressée à : CCMO Mutuelle - 6 av. du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex, selon modèle ci-après :

“Je soussigné(e).....déclare renoncer expressément à mon adhésion à la garantie X, N°.....effectuée en date du J’ai bien noté que la garantie de mon contrat prend fin à compter de la date d’envoi de la présente lettre. Fait à, le.....”.

La signature électronique, conforme aux dispositions décrites dans le décret n°2001-272 du 30/03/2001 pris pour application de l’article 1316-4 du Code civil relatif à la signature électronique, est équivalente à la signature manuscrite. La signature électronique du bulletin d’adhésion emporte acceptation des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par les statuts et le règlement mutualiste.

ARTICLE 21 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l’objet de remboursement par la mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du 1^{er} jour de la prise d’effet de l’adhésion ou de la prise d’effet de l’option, compte tenu de l’ouverture des droits (sous réserve de l’application de la période de stage).

Le droit aux prestations prend effet à l’issue d’une période de stage. Celle-ci est déterminée à l’article 22 ci-après. Elle tient compte de l’âge de l’adhérent ou de la personne protégée à la souscription.

ARTICLE 22 : STAGES

22-1 Cas général

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d’effet de l’adhésion ou de la mutation. Ils sont déterminés en fonction de l’âge de l’adhérent ou de l’ayant droit (bénéficiaire).

Tout nouvel adhérent et ses ayants droit (personnes couvertes) bénéficient immédiatement des remboursements du ticket modérateur (sauf pharmacie remboursée à hauteur de 15 %) et du forfait journalier hospitalier à l’exclusion des forfaits, allocations, cures, autres forfaits et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

L’âge est déterminé au moment de l’adhésion (et non au 1^{er} janvier de l’année en cours).

Les délais de stages sont fixés selon le tableau figurant en annexe.

22-2 Absence de stages

Par dérogation, les nouveaux adhérents pourront être exemptés des stages pour les risques couverts par leur garantie, sur présentation d’un certificat de radiation, datant de moins de deux mois à la date d’adhésion, en provenance d’une autre mutuelle relevant du Code de la mutualité ou de tout autre organisme de complémentaire santé, relevant du Code des Assurances ou du Code de la Sécurité sociale.

De même, le conjoint (concubin ou cosignataire du PACS) inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, tout comme le nouveau né inscrit dans les deux mois suivant la naissance et l’enfant inscrit dans les deux mois suivant l’adoption, seront dispensés de stage, sous réserve que l’adhérent ait lui-même terminé sa période de stage.

22-3 Mutation

En cas de mutation du collège des Collectivités vers une garantie applicable aux membres du collège des individuels, aucune période de stage ne sera appliquée en cas de départ du salarié de l’entreprise, si celui-ci en effectue la demande, dans un délai de 6 mois, à compter de la date de sortie effective de l’entreprise.

ARTICLE 23 : CHANGEMENT DE GARANTIE OU D’OPTION

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la mutuelle qu’après un sociétariat minimum d’un an dans la garantie en cours.

Toute demande d’extension de garantie s’appliquera avec la durée du stage correspondant à la nouvelle garantie souscrite selon les mêmes conditions que celles appliquées lors de l’adhésion. On entend par extension de garantie, la souscription de prestations complémentaires à la garantie de base.

Le point de départ des stages est la date d’effet de l’adhésion ou de l’extension de garantie.

Tout changement de garantie ou d’option s’effectuera sans application de la durée des stages correspondant à la nouvelle garantie souscrite. On entend par changement de garantie, le changement de garantie de base (toute combinaison et/ou changement de module au sein de la gamme MODELIA est considéré comme un changement de garantie). Les nouveaux plafonds applicables tiendront compte des consommations remboursées dans le cadre de l’application des anciens plafonds.

ARTICLE 24 : BENEFICIAIRES DE L’AIDE A LA MUTUALISATION

Certains adhérents peuvent bénéficier d’un « crédit d’impôt » au sens de l’article L.863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Ce crédit d’impôt consiste en une réduction accordée par la mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à cet adhérent.

La Caisse Primaire d’Assurance Maladie remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit à réduction qui est valable pour une année.

Le droit à réduction commence à produire effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de l’attestation.

La reconduction de ce droit est conditionnée à la remise d’une nouvelle attestation.

CHAPITRE 2 :

TRAITEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 25 : APPEL DES COTISATIONS

L’adhérent reçoit son appel de cotisation une fois par an ou tous les semestres (avant le 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet). Il peut fractionner le montant de la cotisation due dans les conditions exposées à l’article 26 ci-après.

ARTICLE 26 : MODALITES DE REGLEMENT

26-1 Périodicité de règlement

L’adhérent a la possibilité de choisir sa périodicité de règlement des cotisations (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Ces différentes possibilités constituent une facilité de paiement accordée par la mutuelle à ses adhérents, sans que cela n’altère le principe d’annualité de la cotisation.

26-2 Règlement des cotisations

Les cotisations sont payables d’avance par mois, trimestre, semestre ou année. Toute année commencée est due.

En cas de paiement mensuel, le prélèvement est obligatoire, sauf en cas d’impayés, dans ce cas le règlement par chèque redevient la règle, conformément à l’article 26-2-2 ci-après.

26-2-1 Règlement hors prélèvement

Le paiement des cotisations s’effectue :

- Par chèque établi à l’ordre de CCMO Mutuelle, par virement sur le compte bancaire ou postal de la mutuelle. Dans ce cas, un relevé d’identité bancaire sera fourni à l’adhérent sur simple demande.

- En espèces ou par carte bancaire dans l’une des agences de la mutuelle.

Tout paiement doit être accompagné de la vignette d’identification qui se trouve sur l’appel de cotisation, afin de faciliter l’affectation du règlement et permettre ainsi l’ouverture des droits et l’envoi de la carte de Tiers payant.

En cas de non paiement, la mutuelle se réserve le droit de poursuivre l’adhérent selon les procédures contentieuses en cours. Tant que la cotisation n’est pas réglée, la carte de Tiers payant n’est pas délivrée et les prestations sont suspendues 30 jours après envoi de la mise en demeure.

Il n’est pas accusé réception aux règlements, sauf en cas de règlement en espèces pour lesquels un reçu est remis à l’adhérent. En cas de règlement par carte bancaire, le ticket de la carte bancaire est remis à l’adhérent.

26-2-2 Règlement par prélèvement

Le paiement des cotisations par prélèvement est subordonné à l’autorisation préalable de l’adhérent. Le passage à ce mode de règlement est possible, à tout moment, sous réserve d’un préavis d’un mois pour une date d’effet au premier jour du semestre ou du trimestre civil suivant la demande ; l’adhérent doit, dans cette hypothèse, être à jour de ses cotisations au semestre ou au trimestre civil.

Chaque adhérent reçoit avant le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet de chaque année un avis d’appel de cotisation avec l’échéancier mensuel de règlement.

La cotisation est prélevée le 5 ou le 10 du mois ou le jour ouvrable le plus proche du 5 ou du 10 du mois. Le choix de la date de prélèvement appartient à l’adhérent lors de son adhésion.

En cas d’impayé du prélèvement, l’adhérent doit faire rapidement les démarches nécessaires afin que le deuxième ordre de prélèvement émis par la mutuelle soit honoré.

Les frais de rejet, d’un montant unitaire de 10 €, sont à la charge de l’adhérent et sont inclus dans le prélèvement suivant.

Après deux rejets de prélèvement consécutifs, la mutuelle se réserve le droit de lui interdire ce mode de règlement.

En cas de non paiement à l’issue du deuxième rejet, la mutuelle se réserve le droit de poursuivre l’adhérent selon les procédures contentieuses prévues.

Tant que la cotisation n’est pas réglée, les prestations sont suspendues et l’usage de la carte de Tiers payant est interdit. Si l’adhérent, ou l’un de ses ayants droit, utilisait néanmoins sa carte de Tiers payant, cela constituerait un délit.

Tout changement de coordonnées bancaires doit être signalé à la mutuelle au plus tard pour le 20 du mois qui précède la date de prélèvement, afin d’éviter un risque de rejet de prélèvement et donc les frais y afférents.

CHAPITRE 3 :

RESILIATION, RADIATION

ARTICLE 27 : RESILIATION

La résiliation du contrat individuel du membre participant ne peut avoir lieu avant l’accomplissement d’une adhésion minimum de 12 mois. Elle doit être notifiée par écrit selon les modalités suivantes :

- envoi d’une lettre recommandée avec demande d’ accusé de réception au siège de la mutuelle, deux mois avant la fin de l’année civile (soit au plus tard le 31 octobre, le cachet de La Poste faisant foi). En cas de résiliation, tout adhérent doit obligatoirement se mettre à jour de ses cotisations, toute année commencée étant due dans son intégralité.

Par dérogation au droit de résiliation à l’échéance annuelle, l’adhérent qui rejoint un

contrat collectif obligatoire doit notifier par écrit sa demande selon les modalités suivantes :

- envoi d'une lettre recommandée avec demande d' accusé de réception au siège de la mutuelle, à laquelle sont jointes l'attestation de l'employeur qui a souscrit un contrat obligatoire et les cartes tiers payant de la mutuelle en cas de résiliation en cours d'année.

La résiliation prend effet à la fin du mois qui suit la réception de l'ensemble de ces documents, sous réserve que l'adhérent soit à jour de ses cotisations.

Enfin, conformément aux dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité issu de l'article 30 de la loi du 28 janvier 2005, dite loi Châtel, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'adhérent peut mettre un terme au contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction en envoyant une lettre recommandée au siège de la CCMO.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste.

ARTICLE 28 : RADIATION

Les membres participants n'ayant pas payé leur cotisation voient leur garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle.

Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement, par tous moyens jugés nécessaires par la mutuelle, des sommes dues jusqu'à la fin de l'année en cours.

La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les frais de recouvrement sont réputés être à la charge de l'adhérent.

La radiation peut être prononcée, s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure, dans le délai de quarante jours à compter de sa date de réception, délai précité à l'article 4 du présent règlement mutualiste.

Lorsque la radiation est prononcée l'adhérent doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer sa carte de mutuelle.

L'adhérent radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard à la date d'effet de la radiation.

Aucun certificat de radiation n'est délivré à l'adhérent radié pour non paiement de cotisations.

En cas de procédure collective ouverte à l'encontre d'un adhérent Professionnel indépendant exerçant son activité, sous forme de société civile ou commerciale, les cotisations dues sont de plein droit présumées constituer une dette de cette société, à défaut de preuve contraire fournie par l'adhérent à la mutuelle.

ARTICLE 29 : REINTEGRATION

La réintégration après la radiation prononcée par la mutuelle ne peut être faite que sur décision de la mutuelle, statuant sur la demande de l'adhérent et sous réserve que celui-ci ait réglé ses arriérés de cotisations et se soit acquitté des frais de recouvrement.

TITRE III :

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES

Les membres du collège des collectivités et les conditions d'adhésion dans le cadre des contrats collectifs obligatoires sont définis dans les statuts. Le présent Titre définit les modalités d'application des articles 9 et 11-2 ainsi que 12 à 16 des statuts.

CHAPITRE 1 : ADHESION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature :

- d'un contrat signé conformément à l'article 30 ci-après,
- d'un bulletin d'affiliation, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des parties à garantir. Cette adhésion est confirmée par l'envoi d'une fiche de liaison qui sera utilisée pour toute demande de modification du dossier de l'adhérent, lorsque ce contrat est signé par une personne morale.

ARTICLE 30 : CONTRAT

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature d'un contrat signé avec un employeur, personne physique ou morale.

Dans le cadre de ce contrat, un correspondant mutualiste est désigné, qui sera l'interlocuteur de la mutuelle pour les questions relatives à la vie de ce contrat.

Tout contrat pour lequel aucune cotisation ne sera versée à la mutuelle devra être considéré comme non formé et sera donc de plein droit réputé n'avoir jamais existé.

30-1 Durée du contrat

Le contrat qui lie la collectivité à la mutuelle a une durée minimum de douze mois comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction par période de douze mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile.

Dans le cadre de ce contrat, la durée minimum de l'affiliation à titre individuel est celle du contrat ou de la durée de l'emploi dans l'entreprise.

30-2 Stipulations contractuelles

Dans le cadre du contrat, des stipulations spécifiques peuvent être indiquées et se trouver en contradiction avec les statuts ou le présent règlement.

Dans cette hypothèse, les stipulations qui se trouvent dans le contrat l'emportent sur celles des statuts et/ou du présent règlement mutualiste.

30-3 Obligations de l'Employeur

L'employeur est tenu de remettre aux salariés concernés par le régime frais de santé une notice d'information établie par CCMO Mutuelle qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Au moment de la cessation du contrat de travail, l'employeur devra informer :

a/ son salarié de son droit à la portabilité de sa garantie frais de santé s'il remplit les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,

b/ CCMO Mutuelle, dans les 15 jours suivant l'évènement, de la cessation du contrat de travail et de l'ouverture des droits au maintien des garanties prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} juin 2014, conformément à la loi 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi, les salariés bénéficiaires du droit à la portabilité institué par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale doivent fournir à la mutuelle :

- leur acceptation formelle du maintien des garanties prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

- l'attestation mensuelle de prise en charge du régime d'assurance chômage durant toute la période du maintien des garanties.

A réception des justificatifs, CCMO Mutuelle délivrera au bénéficiaire du maintien de la garantie une carte de tiers-payant dont la validité est trimestrielle.

ARTICLE 31 : BULLETIN D'AFFILIATION

Dans le cadre du contrat collectif toute personne qui adhère à la mutuelle et souhaite bénéficier des conditions prévues dans le cadre de ce contrat doit signer un bulletin d'affiliation, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l'attestation papier de la carte vitale.

La signature du bulletin d'affiliation par l'adhérent individuel emporte acceptation des statuts, du règlement mutualiste et des conditions contractuelles.

ARTICLE 32 : DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois civil en cours dès la réception du bulletin d'affiliation.

L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

Aucun effet rétroactif n'est admis pour l'ouverture d'un dossier.

ARTICLE 33 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l'objet de remboursement par la mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du 1^{er} jour de prise d'effet de l'adhésion ou de la prise d'effet de l'option, compte tenu de l'ouverture des droits (sous réserve de l'application des stages).

ARTICLE 34 : STAGES

34-1 Cas général

Aucun stage ne sera appliqué dans le cadre d'un contrat souscrit à titre obligatoire pour l'adhérent, en revanche des délais de stage peuvent être appliqués pour son conjoint ou les personnes protégées dans l'hypothèse où leur demande d'adhésion n'est pas formulée en même temps que celle de l'adhérent. Dans ce cas, les délais de stage appliqués aux personnes protégées suivent les mêmes règles que celles des individuels dès lors que la demande d'adhésion n'intervient pas dans les trois mois qui suivent la date d'effet du contrat obligatoire ou la date d'affiliation de l'adhérent principal.

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la mutation. Pendant la période de stage, la mutuelle accorde le remboursement du ticket modérateur (sauf pharmacie remboursée à hauteur de 15 %) et du forfait journalier hospitalier à l'exclusion des allocations, cures, autres forfaits et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

34-2 Changement de garantie ou d'option dans le cadre d'un contrat collectif

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la mutuelle qu'après un sociétariat minimum d'un an dans la garantie en cours.

Toute demande d'extension de garantie ou de changement d'option s'appliquera avec la durée du stage correspondant à la nouvelle garantie souscrite, déterminée selon les mêmes conditions que celles définies par l'article 22-1 du présent règlement mutualiste.

Le point de départ des stages est la date d'effet de l'adhésion ou du changement d'option.

Pendant la période de stage, l'adhérent ou l'ayant droit conserve les garanties acquises dans son option avant le changement.

34-3 Absence de stages

Par dérogation, le nouveau né inscrit dans les deux mois suivant la naissance, l'enfant adopté inscrit dans les deux mois suivant l'adoption, tout comme le conjoint (conubin ou cosignataire du PACS) inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, seront dispensés de stage, sous réserve que l'adhérent ait lui-même terminé sa période de stage, et sur présentation d'un certificat de radiation en provenance d'un autre organisme assureur, datant de moins de deux mois à la date d'adhésion pour le conjoint.

34-4 Mutation

En cas de mutation du collège des particuliers vers une garantie applicable aux membres du collège des collectivités, aucune période de stage ne sera appliquée.

CHAPITRE 2 :

TRAITEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 35 : APPEL DES COTISATIONS

Un appel de cotisation est envoyé, selon la périodicité et le terme choisis dans le contrat, directement à la personne morale et/ou à l'adhérent. La personne morale désignera à cet effet le destinataire de l'appel de cotisation.

ARTICLE 36 : MODALITES DE REGLEMENT

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme échu, au plus tard le 10 du mois suivant la réception de l'appel de cotisation, sauf stipulations contraires inscrites dans le contrat. Le règlement des cotisations peut se faire par chèque, prélèvement ou par virement sur le compte bancaire de CCMO Mutuelle.

Le prélèvement est subordonné au retour du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire - IBAN.

En cas d'impayé du prélèvement, la collectivité doit faire rapidement les démarches nécessaires afin que le deuxième ordre de prélèvement émis par la mutuelle soit honoré.

Les frais de rejet, d'un montant unitaire de 10 €, sont à la charge de la collectivité et sont inclus dans le prélèvement suivant.

Après deux rejets de prélèvement consécutifs, la mutuelle se réserve le droit de lui interdire ce mode de règlement. En cas de non paiement à l'issue du deuxième rejet, la mutuelle se réserve le droit de poursuivre la collectivité selon les procédures contentieuses prévues.

CHAPITRE 3 :

RADIATION

ARTICLE 37 : RADIATION INDIVIDUELLE

La radiation individuelle ne peut être acceptée que lorsque le salarié quitte l'entreprise ou ne correspond plus à la catégorie assurée ; dans ces hypothèses aucun délai de préavis ne s'applique. La fiche de liaison doit être transmise à la mutuelle par l'entreprise qui doit en outre y joindre les cartes tiers payant de la mutuelle, réclamées au préalable auprès de l'adhérent.

Dans l'hypothèse où la collectivité transmettrait à CCMO Mutuelle la DSN (Déclaration Sociale Nominative), toute information emportant modifications de la situation des adhérents et de leurs ayants droit non contenue dans ladite déclaration devra être transmise à la mutuelle par l'intermédiaire de la fiche de liaison.

Il est par ailleurs précisé que :

- La date de radiation de l'adhérent s'applique au plus tôt le 1^{er} jour du mois au cours duquel la mutuelle a réceptionné la demande de radiation.
 - Aucune radiation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par CCMO Mutuelle de la demande de radiation par l'entreprise.
 - Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation sauf celles pour lesquelles la date de soins est antérieure à la date de résiliation et sous réserve qu'elles soient demandées dans un délai maximum de douze mois après la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire.
 - Un certificat de radiation est envoyé sur demande à l'adhérent démissionnaire.
- L'adhérent qui quitte l'entreprise peut demander son adhésion à CCMO Mutuelle dans le cadre d'un contrat d'accueil (garanties exposées en annexe) conformément à la réglementation en vigueur.

ARTICLE 38 : RADIATION COLLECTIVE

Lorsque la collectivité ne paie pas ses cotisations, les membres participants peuvent voir leurs garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle, dans le cadre de la radiation de la collectivité. Cette possibilité n'exclut pas le

recouvrement (par tous moyens que la mutuelle jugera nécessaires) des sommes dues jusqu'à la fin de l'année en cours.

La radiation de la collectivité est précédée d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont réputés être à la charge de la collectivité.

La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de 40 jours, à compter de la date de réception de la mise en demeure.

Lorsque la radiation est prononcée, la collectivité doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer les cartes de mutuelle.

L'adhérent ainsi radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard dès la date d'effet de la radiation.

Par exception aux dispositions qui précèdent, en cas de liquidation judiciaire de la collectivité, le contrat sera de plein droit résilié après mise en demeure adressée au liquidateur judiciaire restée plus d'un mois sans réponse.

La résiliation du contrat collectif, pour quelque cause que ce soit, entraîne de facto la cessation des droits au maintien de la garantie au titre de la portabilité (article 911-8 du Code de la Sécurité sociale).

ARTICLE 39 : REINTEGRATION

La réintégration après la radiation prononcée par la mutuelle ne peut être faite que sur décision de la mutuelle statuant sur la demande de la collectivité et sous réserve que celle-ci ait réglé ses arriérés de cotisations et se soit acquittée des frais de recouvrement.

CHAPITRE 4 :

NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

ARTICLE 40 : MODALITES

- a- La collectivité a la faculté de ne pas renouveler le contrat.
Elle doit en informer la mutuelle par notification avec un préavis de deux mois ; la notification doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre par lettre recommandée avec accusé de réception de l'année concernée, le cachet de La Poste faisant foi.
- b- Dans le cas où la collectivité ne respecte pas le préavis contractuel de dénonciation, celle-ci est irrecevable et le contrat poursuit ses effets durant l'année suivante ; si la collectivité interrompt le paiement des cotisations avant le terme du contrat, celui-ci sera résilié de plein droit soixante jours après mise en demeure non suivie d'effet, et la collectivité devra payer à CCMO Mutuelle en guise de clause pénale (article 1231-5 du Code civil) une somme à titre de dommages et intérêts correspondant à une année de cotisation.
- c- La collectivité peut décider de ne pas renouveler le contrat à titre conservatoire. Dans ce cas, cette décision devra être notifiée par une lettre recommandée avec accusé de réception devant parvenir à la mutuelle au plus tard le 31 octobre et le non renouvellement devant être confirmé dans les mêmes formes avant le 31 décembre de l'année considérée ; faute de quoi la dénonciation sera nulle et non avenue et le contrat poursuivra ses effets.
- d- Réciproquement, la mutuelle dispose des mêmes droits, dans les mêmes délais et les mêmes conditions.
- e- Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir par dérogation d'autres stipulations organisant le non renouvellement ; elles s'imposeront alors aux conditions générales du contrat et au règlement mutualiste.

TITRE IV :

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS FACULTATIFS

Les membres du collège des collectivités et les conditions d'adhésion dans le cadre des contrats collectifs facultatifs sont définis dans les statuts. Le présent Titre définit les modalités d'application des articles 9 et 11- 1 ainsi que 12 à 16 des statuts.

CHAPITRE 1 :

ADHESION

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature :

- d'un contrat signé conformément à l'article 41 ci-après,
- d'un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des parties à garantir. Cette adhésion est confirmée par l'envoi d'une fiche de liaison qui sera utilisée pour toute demande de modification du dossier de l'adhérent, lorsque ce contrat est signé par une personne morale.

ARTICLE 41 : CONTRAT

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature d'un contrat signé avec un employeur, personne physique ou morale, ou toute structure juridique qui lui est rattachée, ou enfin avec une personne morale agissant dans l'intérêt de ses membres.

Dans le cadre de ce contrat, un correspondant mutualiste est désigné, qui sera l'interlocuteur de la mutuelle pour toutes questions relatives à la vie de ce contrat.

Tout contrat pour lequel aucune cotisation ne sera versée à la mutuelle devra être considéré comme non formé et sera donc de plein droit réputé n'avoir jamais existé.

41-1 Durée du contrat

Le contrat qui lie la collectivité à la mutuelle a une durée minimum de douze mois comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit, il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction pour une période de 12 mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile.

Dans le cadre de ce contrat, la durée de l'adhésion à titre individuel est de 12 mois minimum.

41-2 Stipulations contractuelles

Dans le cadre du contrat, des stipulations spécifiques peuvent être indiquées et se trouver en contradiction avec les statuts ou le présent règlement. Dans cette hypothèse, les stipulations qui se trouvent dans le contrat l'emportent sur celles des statuts et du présent règlement mutualiste.

41-3 Obligations de l'Employeur

L'employeur est tenu de remettre aux salariés concernés par le régime frais de santé une notice d'information établie par CCMO Mutuelle qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Au moment de la cessation du contrat de travail, l'employeur devra informer :

a/ son salarié de son droit à la portabilité de sa garantie frais de santé s'il remplit les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale,

b/ CCMO Mutuelle, dans les 15 jours suivant l'évènement, de la cessation du contrat de travail et de l'ouverture des droits au maintien des garanties prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} juin 2014, conformément à la loi 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi, les salariés bénéficiaires du droit à la portabilité institué par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale doivent fournir à la mutuelle :

- leur acceptation formelle du maintien des garanties prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

- l'attestation mensuelle de prise en charge du régime d'assurance chômage durant toute la période du maintien des garanties.

A réception des justificatifs, CCMO Mutuelle délivrera au bénéficiaire du maintien de la garantie une carte de tiers-payant dont la validité est trimestrielle.

ARTICLE 42 : BULLETTIN D'ADHESION

Dans le cadre du contrat collectif, toute personne qui souhaite adhérer à la mutuelle et bénéficier des conditions prévues dans le cadre de ce contrat doit signer un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir.

Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l'attestation papier de la carte vitale et éventuellement du règlement de la première cotisation, effectué obligatoirement par chèque, espèces (dans la limite de 1.000 € conformément à l'article L.112-6 du Code monétaire et financier), carte bancaire, ou prélèvement automatique sur le compte bancaire en cas de paiement direct de sa cotisation par l'adhérent. Le prélèvement est subordonné au retour du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire - IBAN.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent individuel emporte acceptation des statuts, du règlement mutualiste et des conditions contractuelles.

ARTICLE 43 : DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois civil en cours, dès la réception du bulletin d'adhésion.

L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

Aucun effet rétroactif n'est admis pour l'ouverture d'un dossier.

ARTICLE 44 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l'objet de remboursement par la mutuelle, les actes médicaux prodigués à compter du 1^{er} jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la prise d'effet de l'option, compte tenu de l'ouverture des droits (sous réserve de l'application de la période de stage).

Le droit aux prestations prend effet à l'issue d'une période de stage. Celle-ci est déterminée en fonction de l'option souscrite, et éventuellement, de l'âge de l'adhérent à la souscription et du délai entre la date de son embauche et la date de son adhésion à la mutuelle.

ARTICLE 45 : STAGES

45-1 Cas général

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la mutation. Ils sont déterminés en fonction de l'âge de l'adhérent ou de l'ayant droit (bénéficiaire).

Cependant, tout nouvel adhérent et ses ayants droit (personnes couvertes), bénéficient immédiatement des remboursements du ticket modérateur (sauf pharmacie remboursée à hauteur de 15 %) et du forfait journalier hospitalier à l'exclusion des allocations, cures, autres forfaits et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

Pour le contrat souscrit à titre facultatif, tous les assurés concernés par ledit contrat au moment de sa prise d'effet et qui n'adhèrent pas au contrat dans les 3 mois suivant sa date d'effet, se verront appliquer les mêmes périodes de stage que les membres ayant adhéré à un contrat individuel. De même, les nouveaux salariés qui n'adhèrent pas dans les 3 mois suivant leur embauche, accompliront les stages applicables aux membres du collège des individuels. Les délais de stage figurent en annexe.

45-2 Changement de garantie ou d'option dans le cadre d'un contrat collectif

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la mutuelle qu'après un sociétariat minimum d'un an dans la garantie en cours.

Toute demande d'extension de garantie s'appliquera avec la durée du stage correspondant à la nouvelle garantie souscrite, déterminée selon les mêmes conditions que lors de l'adhésion.

Le point de départ des stages est la date d'effet de l'adhésion ou du changement d'option.

Pendant la période de stage, l'adhérent ou l'ayant droit conserve les garanties acquises dans son option avant le changement.

45-3 Absence de stages

Par dérogation, les nouveaux adhérents pourront être exemptés des stages pour les risques couverts par l'option choisie, sur présentation d'un certificat de radiation, datant de moins de deux mois à la date d'adhésion, en provenance d'une autre mutuelle relevant du Code de la mutualité ou de tout autre organisme de complémentaire santé, relevant du Code des Assurances ou du Code de la Sécurité sociale.

De même, le conjoint (concubin ou cosignataire du PACS) inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, tout comme le nouveau né inscrit dans les deux mois suivant la naissance et l'enfant inscrit dans les deux mois suivant l'adoption, sera dispensé de stage, sous réserve que l'adhérent ait lui-même terminé sa période de stage.

45-4 Mutation

En cas de mutation de la catégorie des individuels vers une garantie applicable aux membres du collège des collectivités, aucune période de stage ne sera appliquée.

ARTICLE 46 : BENEFICIAIRES DE LAIDE A LA MUTUALISATION

Certains adhérents peuvent bénéficier d'un «crédit d'impôt» au sens de l'article L.863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Ce crédit d'impôt consiste en une réduction que peut accorder la mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à l'adhérent, payeur de la totalité de la cotisation.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit à réduction qui est valable pour une année.

Le droit à réduction commence à produire effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de l'attestation.

La reconduction de ce droit est conditionnée à la remise d'une nouvelle attestation.

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 47 : APPEL DE COTISATIONS

Un appel de cotisation est envoyé, selon la périodicité et le terme choisis dans le contrat, directement à l'adhérent, à la personne morale ou à la personne physique signataire du contrat. La personne morale désignera à cet effet le destinataire de l'appel de cotisation.

ARTICLE 48 : MODALITES DE REGLEMENT

48-1 Paiement par la collectivité

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme à échoir, au plus tard le 10 du mois suivant la réception de l'appel de cotisation, sauf stipulations contraires inscrites dans le contrat. Le règlement des cotisations peut se faire par chèque, prélèvement ou par virement sur le compte bancaire de CCMO Mutuelle.

Le prélèvement est subordonné au retour du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire - IBAN.

En cas d'impayé du prélèvement, la collectivité doit faire rapidement les démarches nécessaires afin que le deuxième ordre de prélèvement émis par la mutuelle soit honoré. Les frais de rejet, d'un montant unitaire de 10 €, sont à la charge de la collectivité et sont inclus dans le prélèvement suivant.

Après deux rejets de prélèvement consécutifs, la mutuelle se réserve le droit de lui interdire ce mode de règlement. En cas de non paiement à l'issue du deuxième rejet, la mutuelle se réserve le droit de poursuivre la collectivité selon les procédures contentieuses prévues.

48-2 Paiement par l'adhérent individuel

Les cotisations payées directement par l'adhérent individuel suivent les mêmes règles que celles appliquées aux adhérents du collège des individuels (voir Titre II, Chapitre 2).

CHAPITRE 3 :

RADIATION

ARTICLE 49 : RADIATION

Les membres participants n'ayant pas payé leurs cotisations voient leurs garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle. Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement par tous moyens des sommes dues jusqu'à la fin de l'année en cours.

Lorsque la collectivité ne paie pas ses cotisations, les membres participants peuvent voir leurs garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle, dans le cadre de la radiation de la collectivité. Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement (par tous moyens que la mutuelle jugera nécessaires) des sommes dues jusqu'à la fin de l'année en cours.

La radiation collective est précédée d'une mise en demeure adressée à la collectivité par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La radiation individuelle est précédée d'une mise en demeure adressée à l'adhérent par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont réputés être à la charge de la collectivité ou de l'adhérent, selon le cas.

La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de 40 jours, à compter de la date de réception de la mise en demeure.

Lorsque la radiation est prononcée, l'adhérent ou la collectivité doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer la ou les carte(s) de mutuelle.

L'adhérent ainsi radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard dès la date d'effet de la radiation.

Aucun certificat de radiation n'est délivré à l'adhérent radié pour non paiement de cotisations.

Par exception aux dispositions qui précèdent, en cas de liquidation judiciaire de la collectivité, le contrat sera de plein droit résilié après mise en demeure adressée au liquidateur judiciaire restée plus d'un mois sans réponse.

La résiliation du contrat collectif, pour quelque cause que ce soit, entraîne de facto la cessation des droits au maintien de la garantie au titre de la portabilité (article 911-8 du Code de la Sécurité sociale).

ARTICLE 50 : REINTEGRATION

La réintégration après la radiation prononcée par la mutuelle ne peut être faite que sur décision de la mutuelle statuant sur la demande de l'adhérent et sous réserve que l'adhérent ait réglé ses arriérés de cotisations, et se soit acquitté des frais de recouvrement.

CHAPITRE 4 :

NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

ARTICLE 51 : NON RENOUVELLEMENT PAR LA COLLECTIVITE

a- La collectivité a la faculté de ne pas renouveler le contrat.

Elle doit en informer la mutuelle par notification avec un préavis de deux mois ; la notification doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre par lettre recommandée avec accusé de réception de l'année concernée, le cachet de La Poste faisant foi.

b- Dans le cas où la collectivité ne respecte pas le préavis contractuel de dénonciation, celle-ci est irrecevable et le contrat poursuit ses effets durant l'année suivante ; si la collectivité interrompt le paiement des cotisations avant le terme du contrat, celui-ci sera résilié de plein droit soixante jours après mise en demeure non suivie d'effet, et la collectivité devra payer à CCMO Mutuelle en guise de clause pénale (article 1231-5 du Code civil) une somme à titre de dommages et intérêts correspondant à une année de cotisation.

c- La collectivité peut décider de ne pas renouveler le contrat à titre conservatoire. Dans ce cas, cette décision devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception devant parvenir à la mutuelle au plus tard le 31 octobre, et le non renouvellement devant être confirmé dans les mêmes formes avant le 31 décembre de l'année considérée ; faute de quoi la dénonciation à titre conservatoire sera nulle et non avenue et le contrat poursuivra ses effets.

d- Par ailleurs dans le cas où les membres participants vident le contrat par leurs résiliations, celles-ci devront respecter le préavis contractuel de dénonciation de deux mois qui s'impose à la collectivité ; faute de quoi leurs résiliations seront constitutives d'un abus de droit sanctionné par la clause pénale stipulée au paragraphe b- ci dessus.

e- Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir par dérogation d'autres stipulations organisant le non renouvellement ; elles s'imposeront alors aux conditions générales du contrat et au règlement mutualiste.

ARTICLE 52 : RESILIATION INDIVIDUELLE

La résiliation par le membre participant ne peut avoir lieu avant l'accomplissement d'une adhésion minimale de douze mois sauf en cas de départ de l'entreprise ou de la collectivité et sous réserve de la restitution des cartes de Tiers payant de la mutuelle. Elle doit être notifiée par écrit selon l'une des deux modalités suivantes :

a- soit l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la mutuelle deux mois avant la fin de l'année civile (soit au plus tard le 31 octobre le cachet de La Poste faisant foi) ;

b- soit la transmission à la mutuelle par l'entreprise de la fiche de liaison à laquelle seront jointes les cartes de la mutuelle restituées par le membre participant.

Dans l'hypothèse où la collectivité transmettrait à CCMO Mutuelle la DSN (Déclaration Sociale Nominative), toute information emportant modifications de la situation des adhérents et de leurs ayants droit non contenue dans ladite déclaration devra être

transmise à la mutuelle par l'intermédiaire de la fiche de liaison.

Il est par ailleurs précisé que :

- la date de radiation de l'adhérent s'applique au plus tôt le 1^{er} jour du mois au cours duquel la mutuelle a réceptionné la demande de radiation.

- aucune résiliation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par CCMO Mutuelle de la demande de résiliation.

- aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation sauf celles pour lesquelles la date de soins est antérieure à la date de résiliation et sous réserve qu'elles soient demandées dans un délai maximum de douze mois après la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire.

- un certificat de radiation est envoyé sur demande de l'adhérent démissionnaire.➤

TITRE V : INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

1 Délais de stage* - Opérations individuelles et collectives

GARANTIE / ÂGE DE L'ADHÉRENT ET DE LA PERSONNE PROTÉGÉE	CODE	JUSQU'À 55 ANS	DE 55 À 70 ANS	PLUS DE 70 ANS
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Chambre particulière et frais de séjour et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radio et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation enfant né sans vie	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres Garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

Les délais de stage s'appliquent pour les opérations individuelles et les opérations collectives à l'exception des seuls membres participants dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

Délais de stage applicables en cas d'adoption des garanties suivantes :

“Module Plus” et “Module Sup” :

Le délai de stage commence à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion et est fixé à trois mois. En cas d'adhésion simultanée au (ou aux) module(s) et à la garantie de base, le délai de stage sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation d'un précédent organisme de complémentaire santé ou en cas de Régime obligatoire ; toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage de trois mois.

2 Détail des typologies d'équipements optiques

TYPE D'ÉQUIPEMENT	COMPOSITION ÉQUIPEMENT
Équipement simple	correction simple 1 monture + 2 verres simples
Équipement complexe	correction mixte simple / complexe 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe
Équipement très complexe	correction complexe 1 monture + 2 verres complexes
	correction mixte complexe / très complexe 1 monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe
	correction mixte simple / très complexe 1 monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe
	correction très complexe 1 monture + 2 verres très complexes

VERRES SIMPLES
verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre <= 4

VERRES COMPLEXES
verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre > 4 ou verres multifocaux sphéro cylindriques sphère -8<+8 ou verres multifocaux sphériques -4<+4

VERRES TRÈS COMPLEXES
verres multifocaux sphéro cylindriques sphère HZ -8<+8 ou verres multifocaux sphériques HZ -4<+4

3 Liste des actes de prévention remboursés au moins au Ticket modérateur

ACTES DE PRÉVENTION	
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006, listés ci-dessous, sont au moins remboursés au ticket modérateur :	
Détartrage annuel	Se référer au poste soins dentaires
Scellement des puits, sillons et fissures	Se référer au poste soins dentaires
Vaccinations prioritaires ⁽¹⁾	Se référer au poste pharmacie
Dépistage de l'Hépatite B	Se référer au poste examens de laboratoire
Dépistage des troubles de l'audition (audiométrie)	Se référer au poste actes techniques médicaux
Bilan du langage oral ou d'aptitude à l'acquisition du langage	Se référer au poste auxiliaires médicaux
Ostéodensitométrie remboursée par le R.O. signataire et non signataire du CAS ⁽²⁾	Se référer au poste actes techniques médicaux

⁽¹⁾ Coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), méningite, diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges), vaccinations contre les infections invasives à pneumocoque pour les enfants de moins de 18 mois, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant.

⁽²⁾ Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du CAS est au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires des médecins signataires du CAS. Elle est limitée au maximum à 200%.

4 Liste des vaccins prescrits, 4 remboursés par le Régime obligatoire

LISTE B - VACCINATIONS PRESCRITES NON REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE
Méningocoque à tiges
Hépatite A et B
Méningites à virus A et C
Leptospirose
Typhoïde
Fièvre jaune
Rage

CCMO Mutuelle
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
CS 50993
60014 Beauvais Cedex

Tel : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01

Courriel : accueil@ccmo.fr

Règlement applicable à compter du 1^{er} janvier 2018 voté par l'Assemblée générale du 19 mai 2017
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073