

REGLEMENT MUTUALISTE

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES membres participants

SECTION 1 - CONDITIONS D'ADMISSION

Pour adhérer à la mutuelle, il convient de remplir les conditions suivantes :

1 Qualité de membre participant

Être salarié, notamment, d'un établissement du groupe **Airbus**, ou d'une entreprise exerçant dans la branche métallurgie.

Être parrainé ou avoir des liens avec une personne déjà membre participant à la Mutuelle ou éventuellement par relation personnelle.

Ne pas être à la retraite, sauf pour les retraités du groupe **AIRBUS**, lesquels, peuvent être admis s'ils sont âgés de moins de 70 ans,

Un délai de carence de 4 mois, hormis pour le ticket modérateur quel que soit le contrat et pour tous les actes du contrat, doit être appliqué en cas de réintégration.

2 - Condition réciproque Membre participant - Mutuelle

Le membre participant doit renseigner et signer un bulletin d'adhésion qui comporte toutes les informations nécessaire à la gestion des cotisations et des prestations.

Le bulletin d'adhésion doit comporter les mentions obligatoires prévues par le code de la mutualité.

SECTION II - CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

Les membres bénéficiaires se répartissent en catégories. Ces catégories sont les suivantes :

- Les membres participants ;
- Les ayants-droit des membres participants ;
- Les conjoints pour lesquels une cotisation est versée par le membre participant ;
- Les ascendants à charge fiscalement pour lesquels une cotisation est versée par le membre participant ;

Les enfants majeurs à charge fiscalement pour lesquels une cotisation est versée par le membre participant. Les ayants droit des Membres Participants peuvent être :

- Pour les ayants droits qui ont la qualité d'ayants droit au sens de la sécurité sociale avant le 31 décembre 2015 :

- leur conjoint et assimilés à charge (concubin, personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité), dans les conditions définies par le règlement mutualiste ou par les contrats collectifs ;

- enfants à charge, et le cas échéant ceux du conjoint, dans les conditions définies par le règlement mutualiste ou par les contrats collectifs ;
- toute personne à la charge du participant.

- Pour les ayants droits qui ont la qualité d'ayants droit à compter du 1^{er} janvier 2016 : les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à la charge du membre participant, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la nation et que le membre participant soit tuteur ou qu'ils soient enfants recueillis.

Le statut d'ayant droit prend fin dans l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité.

SECTION III – ADHESION

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

La Mutuelle doit remettre au membre participant à la signature du contrat :

- le bulletin d'adhésion
- les statuts et règlement mutualiste ou une notice d'information sur le contrat qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'adhésion,
- le nom de la garantie choisie,
- si le membre participant adhérerait précédemment à une autre mutuelle,
- l'identité du membre participant et des autres personnes à garantir,
- la périodicité de prélèvement de la cotisation,

Le bulletin d'adhésion doit être complété par les documents suivants :

- une copie de l'attestation délivrée avec la carte VITALE ainsi que celle de chaque bénéficiaire assuré social à titre personnel ;
- le cas échéant, un certificat de radiation datant de moins de trois mois de la précédente mutuelle pour bénéficier de la non application de délais de stage prévu à l'article 6 du règlement mutualiste;
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne mentionnant le code BIC et le code IBAN ;
- un mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé ;

- ou un chèque bancaire pour la première échéance de cotisation dans l'hypothèse où le membre participant souhaite opter pour ce type de règlement.
- lorsqu'une personne handicapée, qui a été reconnue invalide avec un taux égal ou supérieur à 80 %, doit être rattachée à un membre participant, il convient de joindre également la carte nationale d'invalidité en cours, délivrée par la Préfecture ou tout autre organisme officiel.

SECTION IV - Effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion

Effet

L'adhésion prend effet :

- à la date de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des documents nécessaires et sous réserve du paiement de la cotisation et de la déclaration à la Mutuelle des bénéficiaires.
- au 1er jour du mois mentionné sur le bulletin d'adhésion, à défaut au 1er jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion. Cette date ne peut pas être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

Durée, Renouvellement de l'adhésion

Pour les opérations individuelles : L'adhésion est annuelle et vient à échéance au 31 décembre de chaque année. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier.

Pour les opérations collectives : la notice d'information précise la durée

SECTION V – DEMISSION

Opérations individuelles

a. Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception, à la mutuelle, deux mois au moins avant la fin de l'année civile, soit avant le 31 octobre. La démission prendra effet le 1er janvier.

Conformément à la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 (loi Chatel), la date limite d'exercice pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel 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, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. 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, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Cette faculté de résiliation annuelle à échéance est subordonnée à l'affiliation à la mutuelle depuis au moins un an à la date d'effet de l'adhésion ainsi qu'au paiement de la totalité de la prime annuelle.

b. En application de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- changement de domicile,

- changement de situation matrimoniale,

- changement de régime matrimonial,

changement de profession,

- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

En tout état de cause, le délai de dénonciation de l'adhésion ou de démission sera rappelé annuellement.

Opérations collectives

Le membre participant, ou l'entreprise, ou la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'entreprise ou la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance.

Pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, la mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif.

SECTION VI - LA RECONDUCTION

Opérations individuelles

Dans le cadre des opérations individuelles, la reconduction de l'adhésion est tacite à l'échéance principale (1er janvier), sauf cas de démission ou de radiation précités.

Opérations collectives

Le contrat collectif se renouvelle également par tacite reconduction, sauf cas de résiliation ou dénonciation prévus au contrat »

SECTION VII – RADIATION – EXCLUSION

La radiation des membres participants peut également intervenir en cas de non-paiement des cotisations prévues.

L'exclusion des membres participants qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle s'effectuera conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts.

OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

SECTION I - COTISATIONS

Bases de cotisations

Les cotisations sont déterminées sur la base d'un forfait mensuel exprimé en euros.

Elles sont payables d'avance et peuvent être appelées, selon le choix du membre participant: annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou par chèque.

Certaines cotisations sont fixées par tranche d'âge.

Elles sont fonction de l'âge à l'adhésion et peuvent évoluer ultérieurement régulièrement en fonction de l'âge.

- et/ou selon la composition familiale.

- Elles peuvent être familiales ou individuelles, selon les options retenues lors de l'adhésion. Elles intègrent les taxes et contributions.

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration s'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année ou en cas de sinistralité anormale, les cotisations pourraient être modifiées en cours d'année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration s'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Elles sont fixées en fonction de l'évolution des dispositions fiscales et des dispositions générales de la Sécurité Sociale et de ses bases de remboursement en vigueur, ainsi que des résultats techniques de la MSAE.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation intervient à l'échéance définie au bulletin d'adhésion.

En cas de paiement par prélèvement automatique

Le membre participant réglant ses cotisations par prélèvement devra transmettre à la Mutuelle un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne mentionnant le code BIC et le code IBAN.

Le membre participant réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devra en faire la demande par écrit. Il lui faudra alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à sa convenance. **A revoir par IMAN**

Le bulletin d'adhésion du membre participant réglant ses cotisations par prélèvement peut prévoir le versement d'un acompte à l'adhésion.

En cas de paiement par chèque

Le membre participant qui souhaite régler ses cotisations par chèque doit faire parvenir à la Mutuelle le paiement de sa cotisation à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion.

En cas d'incidents de paiement

En cas de rejet de chèque ou de prélèvement, la Mutuelle fera supporter à l'adhérent une indemnité forfaitaire de [15] € par incident pour couvrir les frais de rejets bancaires et tous les frais de traitement de ces incidents.

De plus, la Mutuelle pourra supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées et exiger le paiement annuel de la cotisation.

Non paiement des cotisations

Les frais d'impayés sont à la charge des membres participants défaillants.

En cas de rejet de prélèvement, un courrier est adressé au membre participant afin d'obtenir de sa part le paiement par chèque du prélèvement rejeté, dans un délai de dix jours. Passé ce délai, la procédure de mise en demeure est mise en œuvre.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, indépendamment du droit pour la MSAE de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, et après mise en demeure par lettre recommandée la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La MSAE a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

L'exclusion ne libère pas le membre participant du paiement des cotisations dues et la mutuelle se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

La garantie reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payés à la MSAE la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les personnes handicapées rattachées à un membre participant ou les bénéficiaires handicapés devenant eux-mêmes membres participants sont exonérés du paiement de leur cotisation, quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient titulaires d'une carte nationale d'invalidité en vigueur (taux d'invalidité supérieur ou égal à 80 %), délivrée par la préfecture ou tout autre organisme officiel.

Pour bénéficier de cette règle, les enfants handicapés, doivent adhérer en même temps que le membre participant (tuteur légal ou autre) auquel ils sont rattachés et aux mêmes garanties.

SECTION II – DEFAUT DE TRANSMISSION D'INFORMATION

Défaut de transmission des coordonnées bancaires de du membre participant à la Mutuelle. Tout membre participant doit transmettre à la Mutuelle les changements de coordonnées bancaires dans les meilleurs délais. Si, par suite de la non transmission de ces informations, les cotisations ne peuvent pas être prélevées, les frais de rejets banque font l'objet d'une refacturation au membre participant majorés d'une participation aux frais de relance. Les modalités d'application et le montant de l'ensemble sont fixés par le conseil d'Administration

SECTION III – FRAUDE OU FAUSSE DECLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette fraude ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

SECTION 1 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations accordées par la mutuelle sont celles indiquées sur le tableau joint au présent règlement.

Le droit aux prestations prend effet dans un délai fixé par le contrat auquel l'assuré adhère.

Le remboursement des dépenses de la maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant.

Des secours exceptionnels pris sur une somme spéciale que détermine annuellement l'Assemblée Générale, peuvent être accordés par le Conseil d'Administration aux membres participants et à leur famille pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures, accidents ou décès.

Le délai de prescription au-delà, duquel les membres ou leurs ayants-droits ne sont plus fondés faire valoir leurs droits aux prestations statutaires, est fixé à 2 ans à compter de la date de l'acte ou du fait motivant la prestation.

Seules les prestations dont la date de soins (date de l'engagement de la dépense) est postérieure à la date de prise d'effet du contrat et à la date d'adhésion, peuvent donner lieu à prise en charge.

Les frais pris en compte, sauf justification par une facture, sont ceux qui figurent sur le décompte de la Sécurité Sociale ou dans le fichier télétransmis.

Le règlement des prestations est normalement effectué par virement, sur compte bancaire ou postal domicilié en France, à l'ordre du membre participant, sauf accord particulier pris avec son assentiment pour ses ayants droits.

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

Les prestations sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale, modifiés par décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 ("Contrat responsable").

Les garanties souscrites respecteront de fait les critères ci-avant définis à compter du 1er janvier 2016. Toutefois, il pourra être dérogé à cette règle moyennant l'application d'une taxation supplémentaire ;

Seront obligatoirement prises en charge les prestations prévues par l'article L.871-1 précité dans les conditions et limites fixées par l'article R.871-2. C'est-à-dire :

- L'intégralité de la participation de l'assuré conformément définie à l'article R.322-1 du code de la sécurité sociale :

1° De 15 à 25 % pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ainsi que les frais d'examen de biologie médicale afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;

2° De 15 à 25 % du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ;

3° De 25 à 35 % pour les frais d'honoraires des praticiens, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

4° De 35 à 45 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

5° De 35 à 45 % pour les frais d'examen de biologie médicale, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

6° De 70 à 75 % pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme modéré en application du 6° de l'article R. 163-18, ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 et y afférent ;

7° De 70 à 75 % pour les spécialités homéopathiques, dès lors qu'elles sont inscrites sur la liste établie en application du premier alinéa de l'article L. 162-17 et pour les préparations homéopathiques répondant aux conditions définies au 11° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique prises en charge par l'assurance maladie, ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 et y afférent ;

8° de 40 à 50 % pour les frais de produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

9° de 30 à 40 % pour les frais de transport prévus au 2° de l'article L. 321-1 ;

10° de 30 à 40 % pour les frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;

11° de 30 à 40 % pour tous les autres frais ;

12° De 15 à 25 % pour les forfaits mentionnés aux 2°, 4° et 5° de l'article R. 162-32 ;

13° De 15 à 25 % pour les consultations et les actes mentionnés au 3° de l'article R. 162-32-1 facturés en sus des forfaits mentionnés au 12° ;

14° De 80 à 90 % pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme faible, dans toutes les indications thérapeutiques, en application du 6° de l'article R. 163-18, ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 et y afférent. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° de cet article

- Le forfait journalier hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

- Dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale :

- a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
 - c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
 - d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
 - e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
 - f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.
- Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.
- Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an
- Enfin, au moins deux des prestations de prévention énumérées à l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale (JO du 18 juin 2006) sont prises en charge et sont répétées dans le tableau de prestations : [dépistage Hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351), détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum].

Toutefois, la mutuelle ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors parcours de soins).
- la franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors parcours de soins

Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans la limite des garanties souscrites.

- la franchise laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie suivants :

1. les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
2. les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
3. les transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale, effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

La participation forfaitaire obligatoire de 1 € (L.322-2 II du code de la Sécurité sociale).

Enfin, la mutuelle s'engage à communiquer sur ses frais de gestion selon des modalités fixées par arrêté du 17 avril 2012 et modifié par arrêté du 26 septembre 2012.

SECTION II - SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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 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

SECTION III – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat ou du bulletin d'adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Les délais de prescription sont fixés:

- à 10 ans pour les garanties en cas de frais d'obsèques qui pourraient être proposées par un autre organisme assureur auprès duquel elles auront été souscrites par l'intermédiaire de MSAE .
- à 2 ans pour les garanties de frais de soins de santé à compter de la date de soins.

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, ce délai ne court, en cas de réalisation du risque que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

SECTION IV - FORCLUSION

Les demandes de remboursement des prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 12 mois à compter, soit de la date d'établissement du décompte de la Sécurité Sociale ou de la Caisse d'Assurance Obligatoire, soit de la date de paiement de la facture, soit de la date de l'évènement.

Ce délai s'applique, à compter de la date de paiement, aux dépenses non prises en charge par le régime obligatoire, figurant aux conditions particulières et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

SECTION V - RECLAMATION

Toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la Direction générale de la Mutuelle dans un délai de 6 mois, après l'établissement du titre de paiement, ou après la demande de documents complémentaires pour traiter le dossier, ou de la décision de refus de paiement des prestations. Un accusé de réception est adressé dix jours après réception de la réclamation ; celle-ci sera traitée dans un délai de 2 mois.

DISPOSITIONS DIVERSES

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisés dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut obtenir auprès de la Mutuelle communication et rectification des informations le concernant et figurant dans les fichiers informatiques de la Mutuelle et de tous les organismes qui interviennent dans la gestion.

Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts, et du règlement mutualiste, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par le Conseil d'Administration.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au siège de la mutuelle.

En cas d'échec de cette procédure, l'adhérent pourra avoir recours au service du médiateur désigné par le Conseil d'Administration, en s'adressant au siège de la mutuelle. En cas de contestation persistante, l'exécution ou l'interprétation des présents statuts, du règlement mutualiste ou du contrat collectif sera de la compétence des tribunaux d'AIX en Provence.

CONTROLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, (ACPR) située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

FONDS SOCIAL

Indépendamment des prestations, objet du présent contrat, l'adhésion au présent règlement offre la possibilité aux membres participants de demander à bénéficier du fonds social dans le cas où ils se trouvent dans des conditions sociales difficiles. Les membres participants peuvent ainsi demander l'intervention du fonds social de la Mutuelle, en application des dispositions statutaires (article 65). La décision d'acceptation ou du refus d'intervention est étudiée par la Commission Sociale de la Mutuelle et est sans appel.

TABLEAU DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS

Montant du droit d'admission : Voir les dispositions des contrats.

Montant annuel de la cotisation des Membres Honoraires : 10 €.

Prestations et cotisations : voir tableaux annexes