

Règlement mutualiste

(Janvier 2022)

SOMMAIRE

Titre 1 – Dispositions générales

Article 1 – Objet

Article 2 – Territorialité des garanties

Article 3 – Adoption et modification du règlement mutualiste

Article 4 – Adhésion

Article 5 – Faculté de dénonciation en cas d'adhésion à distance

Titre 2 – Les obligations des adhérents envers la Mutuelle

Chapitre 1 – Cotisations

Article 6 - Détermination du montant de la cotisation santé

Article 7 - Cotisation des membres honoraires personnes physiques

Article 8 – Cas d'exonération

Chapitre 2 – Paiement des cotisations

Article 9 – Notification des cotisations

Article 10 – Moyens de paiement

Chapitre 3 – Informations dues par les membres participants

Article 11 - Justificatifs de la composition du foyer du membre participant et de ses ressources

Article 12 – Justificatifs des droits et dépenses engagées

Article 13 – Information de la Mutuelle en cas de changement de situation

Titre 3 – Les obligations de la Mutuelle envers les adhérents

Chapitre 1 – Ouverture des droits aux prestations et aux services

Article 14 – Condition d'ouverture des droits

Article 15 – Plafond de prise en charge

Article 16 - Forclusion

Chapitre 2 – Prestations

Section 1 : PRESTATIONS SANTE

Article 17 – Etendue des garanties

Article 18 – Frais d’hospitalisation – Frais dentaires

Article 19 – Contrats responsables

Article 20 – Subrogation

Article 21 – Règlement des prestations

SECTION 2 : SERVICES ASSOCIES

Article 22 - Accès aux autres services proposés par la Mutuelle

Titre 4 – Résiliation – cessation des garanties

Article 23 – Faculté de résiliation annuelle

Article 24 – Faculté de résiliation infra-annuelle

Article 25 – Radiation ou exclusion du membre participation

Article 26 – Radiation d’un ayant droit

Titre 5 – Dispositions diverses

Article 27 – Réclamations - Médiation

Article 28 – Autorité de contrôle

Article 29 – Droit applicable – langue des échanges

Article 30 – Nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – Objet

Conformément aux dispositions de l’article 5 des statuts, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements existant entre la Mutuelle et les membres participants n’ayant pas la qualité d’agents publics du Groupe de la Caisse des Dépôts, en ce qui concerne les garanties « frais de santé » souscrites par lesdits membres participants dans le cadre d’opérations individuelles.

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d’assurer au membre participant et à ses ayants droits rattachés, en cas de maladie, d’accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par le régime d’assurance maladie obligatoire.

Article 2 – Territorialité des garanties

Les garanties proposées par la Mutuelle ne couvrent que les soins effectués en France (Départements et Régions français d’Outre-mer inclus, mais à l’exclusion des Collectivités d’Outre-Mer) et les soins effectués hors de France, sous réserve qu’ils

soient pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire (RO) français dont relève le membre participant.

Article 3 – Adoption et modification du règlement mutualiste

Le Conseil d'Administration adopte, et modifie en tant que de besoin, le(s) règlement(s) mutualiste(s) portant sur les opérations individuelles de la Mutuelle, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Ce faisant, le Conseil d'Administration détermine les montants ou taux de cotisation ainsi que les prestations relatives aux opérations individuelles et veille à les adapter et à les modifier en tant que de besoin afin de tenir compte, notamment, des règles générales fixées par l'Assemblée Générale, des évolutions législatives ou réglementaires et des mesures destinées à préserver l'équilibre financier de la Mutuelle.

Par ailleurs, le Conseil d'Administration est seul compétent pour déterminer les cotisations et prestations applicables aux opérations collectives, ainsi que le contenu des contrats collectifs, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Article 4 – Adhésion

1. Modalités de l'adhésion :

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion et du paiement de la première cotisation. Le signataire du bulletin d'adhésion devient membre de la Mutuelle à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

A compter de cette date, il bénéficie des prestations de la Mutuelle et en ouvre le droit à ses ayants droits.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle, ainsi que des dispositions du présent règlement mutualiste.

La Mutuelle propose deux formules de garanties « sur complémentaires ».

Ces formules de garanties sont ouvertes à tous les membres participants et à leurs ayants droits, quels que soient leur état de santé et sans condition d'âge.

L'adhésion à l'une de ces formules « sur complémentaires » est obligatoire pour une durée minimale d'une année avec tacite reconduction. La formule choisie s'applique au membre participant et à tous ses ayants droits affiliés. Le membre participant ne peut donc opter pour une formule de garanties « sur complémentaires » différente pour lui-même et ses ayants droits.

2. Prise d'effet et date d'échéance :

L'adhésion prend effet, au plus tôt, le 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion par le membre participant et le paiement de sa première cotisation.

L'adhérent peut toutefois indiquer, sur son bulletin d'adhésion, une prise d'effet différée de son adhésion, qui doit toujours correspondre au 1er jour d'un mois civil.

La première période d'adhésion se termine le 31 décembre de l'année en cours.

Les garanties se renouvellent ensuite annuellement, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations qui s'effectue à terme échu.

L'adhésion peut prendre fin dans les conditions du Titre 3 ci-dessous.

3. Changement de formules.

Conformément aux statuts, il est expressément stipulé que l'adhérent doit avoir une année d'ancienneté dans sa garantie – incompressible de date à date et à la condition

expresse d'être à jour de ses cotisations – avant de pouvoir la modifier s'il le souhaite pour une formule dont les prestations sont inférieures ou supérieures.

Un changement de formule entraîne la reconduction du contrat pour une durée d'une année.

La nouvelle formule choisie s'applique au membre participant et à ses ayants droits. Un changement de formule ne peut être effectué qu'une fois dans la vie du contrat.

Article 5 – Faculté de dénonciation en cas d'adhésion à distance

Lorsque l'adhésion est conclue par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance (c'est à dire sans la présence physique simultanée d'un conseiller de la Mutuelle et de l'adhérent) et à titre non professionnel, le membre participant dispose alors d'un délai de quatorze (14) jours calendaires pour renoncer à son adhésion.

Ce délai commence à courir à compter de la date à laquelle l'adhésion a pris effet ou, si elle est plus tardive, de la date à laquelle le membre participant reçoit les documents et information d'adhésion.

Pour l'exercice de ce droit, le membre participant adresse à la Mutuelle, par envoi recommandé avec avis de réception, une lettre de renonciation à l'adresse suivante : CDC Mutuelle – 71 rue Desnouettes – 75015 Paris.

Pour ce faire, le membre participant peut utiliser le modèle de courrier ci-dessous :

« Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Demeurant : (adresse complète du membre participant)

Déclare, par la présente, faire usage de la faculté qui m'est donnée par l'article L.221-18 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion n° [.....]

Par conséquent, je vous remercie de bien vouloir me rembourser les cotisations versées à ce titre, dans la limite des dispositions contractuelles.

Le (Date et signature) »

En cas d'exercice par le membre participant de sa faculté de renonciation, la Mutuelle lui restitue les cotisations versées sauf, le cas échéant, la fraction de cotisation proportionnelle aux prestations fournies par la Mutuelle au membre participant pendant le délai de renonciation.

TITRE 2 - LES OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} COTISATIONS

Article 6 - Détermination du montant de la cotisation santé

La cotisation réclamée aux adhérents couvre les prestations garanties par la Mutuelle en fonction de la formule choisie, (prestations directement liées aux prestations versées dans le cadre du contrat Solidarité ou Bronze), les garanties d'assistances, les frais de

fonctionnement de la Mutuelle, les taxes, et permet le maintien des réserves prudentielles édictées par les textes législatifs et réglementaires. En cas d'instauration ou de modification de taxes et autres charges fiscales liées aux cotisations, la Mutuelle se réserve le droit d'augmenter les cotisations à la date d'effet de ces nouvelles taxes et charges.

La garantie « Solidarité », proposée par la Mutuelle aux adhérents ne relevant pas de la catégorie des agents publics du Groupe de la Caisse des Dépôts, ainsi que la garantie « Bronze » de la Mutuelle, sont tarifées par tranches d'âge.

Les tarifs sont portés en annexe du présent règlement.

Cotisation du membre participant : elle est fixée par tranche d'âge, conformément aux dispositions ci-dessus.

Cotisation de l'ayant droit (sauf enfants) : pour le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin du membre participant, la cotisation due est égale à 100 % du montant de la cotisation santé du membre participant.

Cotisation due au titre de l'ayant droit enfant (tel que défini à l'article 10 des statuts de la Mutuelle :

1. **Jusqu'au 31 décembre de l'année du 18ème anniversaire** : la cotisation due est égale à 50 % du montant de la cotisation santé du membre participant ouvrant droit, sous réserve des dispositions de l'article 8 ci-dessous.
2. **Au-delà de 18 ans et jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 30ème anniversaire** : la cotisation santé est celle correspondant au tarif de leur tranche d'âge, sous réserve des dispositions de l'article 8 ci-dessous.

Cotisation due au titre des surcomplémentaires :

Tel que défini par les statuts de la Mutuelle : la cotisation des surcomplémentaires Hospitalisation et/ou Soins courants sont celles correspondant au tarif de leur tranche d'âge.

Article 7 – Cotisation des membres honoraires - personnes physiques

Le montant annuel de la cotisation des membres honoraires personnes physiques, tels que définis à l'article 7 des statuts de la Mutuelle, est fixé à une mensualité de la cotisation santé telle que prévue à l'article 6 du présent règlement.

Article 8 – Cas d'exonération CDC Mutuelle

1. Réduction couple : le conjoint d'un adhérent qui adhère en qualité d'ayant droit bénéficie d'une réduction de cotisation à hauteur de 10%.
2. Réduction famille : lorsque l'adhérent adhère avec ses ayants droits (conjoint et enfants) il est proposé une réduction de cotisation de 10% pour le conjoint et 10% supplémentaire pour les enfants de moins de 18 ans.

3. Exonération famille nombreuse : à compter du 4ème enfant à charge, le membre participant est exonéré du paiement de la cotisation santé du 4ème enfant et des suivants (la cotisation restante due pour les 3 enfants précédents).

4. Exonération naissance ou adoption : sous réserve que l'adhésion soit effectuée dans les trois mois de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, le membre participant est exonéré de la cotisation de celui-ci pendant les 12 premiers mois suivant sa naissance ou son adoption.

CHAPITRE 2

PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 9 - Notification des cotisations

La Mutuelle notifie chaque année à chaque membre participant le montant annuel et mensuel des cotisations dues à terme échu au titre de sa garantie santé, pour lui-même et pour ses ayants droit.

Cette notification prend la forme d'un appel de cotisations détaillé.

Article 10 - Moyens de paiement

Les cotisations dues à la Mutuelle sont payables par prélèvement automatique, le membre participant renseignant à cet effet le mandat SEPA figurant sur le bulletin d'adhésion, ou bien par chèque libellé à l'ordre de la Mutuelle.

CHAPITRE 3

INFORMATION DUES PAR LES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 11 - Justificatifs de la composition du foyer du membre participant et de ses ressources

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants acceptent de fournir à la Mutuelle, sur demande de cette dernière, toutes justifications concernant notamment la composition de leur foyer, pour permettre le calcul de leurs cotisations santé, lorsqu'ils sollicitent le bénéfice d'un service ou, le cas échéant, d'une allocation ou d'une aide de la Mutuelle, toutes justifications concernant leurs ressources.

Article 12 - Justificatifs des droits et dépenses engagées

Les membres participants et ayants droit ont l'obligation de fournir à la Mutuelle tout justificatif à l'appui de leurs demandes de versement de prestations.

Article 13 – Information de la Mutuelle en cas de changement de situation

Les membres participants doivent informer la Mutuelle, dans un délai maximum de deux (2) mois à compter du fait générateur, de tout changement survenant dans leur situation administrative ou familiale et susceptibles d'influer sur leur droits et obligations.

A défaut, la Mutuelle pourrait, le cas échéant, prétendre au remboursement de prestations indûment versées.

TITRE 3 - LES OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

CHAPITRE 1^{er}

OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS ET AUX SERVICES

Article 14 - Conditions d'ouverture des droits

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

Article 15 - Plafond de prise en charge.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 16 – Forclusion

Les demandes de paiement des prestations au titre du régime complémentaires (RC) accompagnées des justificatifs doivent, sous peine de forclusion, être transmises à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date de l'événement ouvrant droit aux prestations (date des soins ou de la facture).

CHAPITRE 2 : PRESTATIONS

SECTION 1 : PRESTATIONS SANTE

Article 17 - Étendue des garanties

Les prestations santé garanties par la Mutuelle sont détaillées dans le tableau des "Prestations complémentaires maladie" annexé au présent Règlement (annexe 1 pour la garantie « Solidarité » et annexe 2 pour la garantie « Bronze »).

Les prestations servies viennent en complément de celles du régime obligatoire (RO) d'assurance-maladie. Le taux d'intervention de la Mutuelle figure dans la colonne 2 du tableau des prestations complémentaires maladie incluant la part du régime obligatoire (RO).

Lorsque la Mutuelle prend seule en charge une prestation non prise charge par le régime obligatoire (RO) d'assurance maladie français, le niveau de sa seule intervention figure dans cette même colonne.

Les autres prestations santé garanties par la Mutuelle sont détaillées dans les tableaux annexés au présent Règlement

Annexe 1 : Tableau des prestations de la garantie « Solidarité » ;

Annexe 2 : Tableau des prestations de la garantie « Bronze » ;

Annexe 3 : Tableau des prestations de la garantie « Prendre soin de soi » ;

Annexe 4 : Tableau des prestations de la surcomplémentaire « Hospitalisation » ;

Annexe 5 : Tableau des prestations de la surcomplémentaire « Soins courants ».

Les remboursements de la Mutuelle au titre de la couverture « sur complémentaire » ajoutés à ceux perçus par l'adhérent de la part du régime obligatoire ou/et de tout autre organisme complémentaire sur la base d'autres contrats d'assurances maladie complémentaires ou sur complémentaire(s) ne peuvent excéder le montant des dépenses réellement engagées par l'assuré.

Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes. En application de la réglementation les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

La couverture « sur complémentaire » du présent règlement mutualiste est suspendue en cas de suspension pour quelque motif que ce soit, de la couverture « contrat Solidarité ou Bronze » dont elle vient compléter les remboursements.

Article 18 - Frais d'hospitalisation – Frais dentaires

Les remboursements des frais d'hospitalisation, tout comme les remboursements de frais de soins dentaires, sont effectués selon les indications figurant dans le Tableau des prestations de la garantie souscrite (Annexe selon la garantie souscrite).

Article 19 – Contrats responsable

Le contrat responsable encadre les dépenses de santé grâce au respect d'un certain nombre d'obligations et d'interdictions en termes de prestations santé comme notamment :

- la prise en charge totale ou partielle des consultations et prescriptions du médecin traitant afin d'encourager les patients à respecter le parcours de soins coordonnés ;
- l'absence de prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ ;
- pour les patients qui consultent un spécialiste sans passer par leur médecin traitant, l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations ;
- la prise en charge totale de certaines prestations liées à la prévention.

Au 1er janvier 2020, un nouveau cahier des charges s'applique aux contrats de complémentaires santé « souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020 » pour l'optique et le dentaire et à compter du 1er janvier 2021 pour les aides auditives.

Article 20 – Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, bénéficiaires, ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 21 - Règlement des prestations

Les prestations servies par la Mutuelle dans le cadre de la couverture « surcomplémentaire », complètent dans la limite des frais réellement engagés par l'adhérent et restant à sa charge :

- . celles versées par le régime d'assurance maladie obligatoire ;
- . et celles versées par le (ou) les contrat(s) d'assurance maladie complémentaire responsables (« contrat Solidarité ou Bronze, voire d'autres contrats complémentaires »). Les prestations « surcomplémentaires » sont toujours calculées sur la base du tarif conventionnel de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur, ou d'un montant forfaitaire indiqué en annexe au présent règlement, déduction faite du remboursement :
- . du régime obligatoire s'il existe ;
- . du (des) garanties d'assurance maladie complémentaire responsables (« contrat Solidarité ou Bronze, voire d'autres contrats complémentaires »). Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du remboursement de la Sécurité sociale française qui figure dans la nomenclature des actes de la CCAM. Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la Mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires. Sauf cas particulier, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

Les versements de prestations par la Mutuelle sont effectués en euros, sur un compte bancaire ouvert en France au nom du membre participant ou, le cas échéant, de l'ayant droit de plus de seize (16) ans.

La Mutuelle informe le membre participant, ou le cas échéant son ayant droit, des montants qui lui sont remboursés par l'envoi d'un relevé de prestations. Les informations sont adressées automatiquement par mail lorsque la Mutuelle en a connaissance. Elles sont regroupées et portent sur une période de six mois à partir du jour où la première prestation est réglée par la Mutuelle.

Le membre participant peut également consulter ses remboursements dans son Espace adhérent disponible sur le Site Internet de la Mutuelle.

SECTION 2 : SERVICES ASSOCIES

Article 22 - Accès aux autres services proposés par la Mutuelle

Par l'effet de leur adhésion à la Mutuelle, les membres participants et leurs ayants droits cotisants ont accès aux services de :

- FILASSISTANCE, assistance téléphonique et mise à disposition d'aides en cas d'accident ou de maladie ;
- LYFE, téléconsultation, services d'assistance et d'aides aux aidants.
- Club CDC M – ce Club regroupe l'ensemble des partenaires loisirs/culture offrant des réductions aux adhérents.

TITRE 4 – RESILIATION - CESSATION DES GARANTIES

Article 23 – Faculté de résiliation annuelle

Sauf dans les cas visés à l'article 25 ci-dessous, tels que prévus par l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, la démission est donnée à la Mutuelle par écrit, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, c'est-à-dire au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019, la faculté de résiliation annuelle prévue au paragraphe précédent pourra se faire par lettre ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, dans sa rédaction alors en vigueur, adressé(e) à la Mutuelle au plus tard deux mois avant l'échéance, c'est-à-dire au plus tard le 31 octobre de l'année civile. Nonobstant les dispositions des paragraphes ci-dessus, et uniquement pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, lorsque l'avis d'échéance visé à l'article 9 ci-dessus (qui doit rappeler la date limite d'exercice, par le membre participant, de son droit à dénonciation de l'adhésion) est adressé au membre participant 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 (20) jours, suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction de son contrat. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions qui précèdent, le membre participant peut, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, mettre un terme à son adhésion 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.

Article 24 – Faculté de résiliation infra-annuelle

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 précitée, et sous réserve que les contrats santé de la Mutuelle fasse partie des contrats visés par le décret d'application de ladite loi, le membre participant pourra, après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, résilier son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités. Les dispositions suivantes s'appliqueront dans ce cas :

La résiliation de l'adhésion prendra effet un mois après que la Mutuelle en aura reçu notification. Le membre participant ne sera redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque aura été couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle sera tenue

de rembourser le solde au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produiront de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où le membre participant souhaite résilier son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, cet organisme effectuera pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, ledit organisme devant s'assurer de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

En dehors du cas précité où la résiliation serait notifiée par un autre organisme, la notification de la résiliation est effectuée par le membre participant par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité dans sa rédaction alors en vigueur. La Mutuelle confirme par écrit au membre participant la réception de la notification.

Article 25 – Radiation ou exclusion du membre participant

(i) Défaut de paiement de la cotisation

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement par le membre participant de sa cotisation ou d'une fraction de cotisation due, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie du membre participant ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure adressée au membre participant par la Mutuelle. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties du membre participant, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévus au paragraphe précédent.

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

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

Nonobstant les dispositions qui précèdent, il peut être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de la résiliation de l'adhésion, pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leurs cotisations.

(ii) Résiliation des garanties en application de l'article L221-17 du Code de la mutualité :

En vertu de l'article L.221-17 du code de la mutualité, la Mutuelle comme le membre participant peut mettre fin à l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions de l'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,

- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.
et à la condition que la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.
Il appartient à celui qui met fin à l'adhésion d'en faire la preuve à l'appui de sa demande. Est notamment visé dans cet article le décès d'un membre participant. La fin de l'adhésion intervient dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation. Elle prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de notification. En cas de décès du membre participant seul bénéficiaire des prestations de la mutuelle, elle prendra effet le premier jour du mois suivant la date de l'évènement.

(iii) Autres cas de radiation ou d'exclusion :

Dans les autres cas de radiation prévus à l'article 12 des statuts, ainsi que dans les cas d'exclusion du membre participant conformément aux dispositions de l'article 13 des statuts, les garanties du membre participant radié ou exclu de la Mutuelle sont résiliées à compter de la date d'effet de sa radiation ou de son exclusion.

Article 26 – Radiation d'un ayant droit

Le membre participant peut, à tout moment, solliciter la radiation d'un ou plusieurs de ses ayants droits rattachés, en adressant à la Mutuelle une notification à cet effet, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique. La radiation de l'ayant droit prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception, par la Mutuelle, de la notification adressée à cet effet par le membre participant.

TITRE 5 – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 – Réclamations – Médiation

1. Réclamations

En cas de litige ou de différend relatif au versement de prestations de la Mutuelle ou à l'application du présent règlement mutualiste, le membre participant adresse par écrit une réclamation à la Mutuelle, par courrier à l'adresse : CDC Mutuelle – Direction Générale – 71 rue Desnouettes – 75015 Paris.

Toute réclamation fait l'objet d'une réponse circonstanciée de la part de la Mutuelle.

2. Médiation

En cas désaccord persistant suite à sa réclamation, le membre participant peut saisir le médiateur en adressant sa demande par courrier ou par email au médiateur de la FNMF :

Adresse postale :

Monsieur le Médiateur de la FNMF

255, Rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

Adresse électronique : mediation@mutualite.fr

Article 28 – Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (« ACPR »), située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

Article 29 – Droit applicable – Langue des échanges

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les adhérents et la Mutuelle est le français.

Article 30 – Nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

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

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

ANNEXES AU PRESENT REGLEMENT MUTUALISTE

- **Annexe 1** : Tableau des prestations de la garantie « Solidarité »
- **Annexe 2** : Tableau des prestations de la garantie « Bronze »
- **Annexe 3** : Tableau des prestations de la garantie « Prendre soin de soi »
- **Annexe 4** : Tableau des prestations de la surcomplémentaire « Hospitalisation »
- **Annexe 5** : Tableau des prestations de la surcomplémentaire « Soins courants »
- **Annexe 6** : Tarification de la garantie « Solidarité »
- **Annexe 7** : Tarification de la garantie « Bronze »
- **Annexe 8** : Tarification de la garantie « Prendre soin de soi »
- **Annexe 9** : Tarification de la surcomplémentaire « Hospitalisation »
- **Annexe 10** : Tarification de la surcomplémentaire « Soins courants »
- **Annexe 11** : Notice d'information FILASSISTANCE
