

MUTUELLE DE BAGNEAUX



67-69 rue du Gâtinais
77167 BAGNEAUX SUR LOING

Tel : 01 64 28 39 43 Fax : 01 64 28 38 27

email : contact@lamutuelledebagneaux.fr Site internet : www.lamutuelledebagneaux.fr

REGLEMENT INTERIEUR

Modifié et ratifié par le Conseil d'Administration du 21/12/2020

La Mutuelle Familiale, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, SIREN 784 442 915, sise 52 rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10, (dite mutuelle garante), se substitue à la Mutuelle de Bagneaux (dite mutuelle cédante) dans les conditions prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, tel qu'issu du dispositif révisé de la substitution par l'ordonnance n°2017-734 du 04 mai 2017. Les articles R. 211-21 à R. 211-27 du code de la mutualité, tels qu'issus du décret n°2018-56 du 31 janvier 2018 sont également applicables. A ce titre, la Mutuelle Familiale se substitue intégralement à la Mutuelle de Bagneaux pour la constitution de l'ensemble des opérations et branches d'assurance pratiquées par celle-ci au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître en résultant ».

« La garante donne à la cédante sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale « Si l'agrément accordé à la garante lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation ».

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	3
ADHESION	3
Article A1-	3
Article A2-	3
- Adhésions Individuelles	3
- Adhésions Collectives	3
- Situations particulières liées au contrat collectif	3
Article A3- Prises d'effet	3
- Adhésion d'un nouveau-né	3
Article A4- Formalités préalables	3
Article A5- Réadmission	3
Article A6- Carte Mutualiste	3
MODIFICATION D'UN CONTRAT	3
Article M1- Modification de situation	3
Article M2- Modification de garantie	4
Article M3- Modification du contrat mutualiste à l'initiative du Conseil d'Administration	4
RADIATION / DEMISSION	4
Article R1- modalités de radiation	4
Article R2- Démission	4
Article R3- Cas particulier décès	4
Article R4- Non-paiement des cotisations	5
- Dans le cadre des adhésions individuelles	5
- Dans le cadre du contrat collectif	5
Article R5- Résiliation par la Mutuelle	5
Article R6- Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations	5
COTISATIONS	5
Article C1- Engagement	5
Article C2- Périodicité de la cotisation	5
Article C3- Cotisation	5
- Dans le cadre des adhésions individuelles	5
- Dans le cadre du contrat collectif	5
Article C4- Gratuité de la cotisation	6
Article C5- Mode de règlement de la cotisation	6
Article C6- Modification de situation	6
Article C7- Remboursement de cotisation	6
Article C8- Retenues sur prestations	6
Article C9- Révision	6
Article C10- Structure standard des cotisations	6
- La garantie individuelle	6
- La garantie Sénior et Sénior plus	6
- La garantie commune	6
- La garantie Agents territoriaux non labellisée	7
- La garantie TNS- Artisan	7
- La Sur complémentaire Modul H	7
PRESTATIONS	7
Article P1- Droit aux prestations	7
Article P2- Stage	7
Article P3- Forclusion des prestations	7
Article P4- Forclusion des réclamations	7
Article P5- Tableaux des garanties	7
Article P6- Paiement des prestations	7
- Télétransmission	8
- Décompte Sécurité Sociale	8
Article P7- Délais et défauts de versements des prestations	8
Article P8- Limite des remboursements	8
Article P9- Subrogation	8
Article P10- Participation, Franchises, hors parcours de soins	8
- Les actes qui ne respectent pas le parcours de soins coordonnés	9
Article P11- Tiers payant	9
Article P12- Remboursement frais de santé non pris en charge par la Sécurité Sociale	9
Article P13- Secours exceptionnel	9
DIVERS	9
Article D1- Accueil	9
Article D2- Délai de prescription	9
Article D3- Assistance	9
Article D4- Garanties de Prévoyance	9
Article D5- Lois informatiques et libertés	10
Article D6- Loi applicable	10
Article D7- Autorité de contrôle	10
Article D8- Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance ou par voie de démarchage	10
Article D9- Réclamation, Médiation	10

PREAMBULE

Le règlement mutualiste a pour but de préciser les conditions d'application des statuts de la MUTUELLE DE BAGNEAUX. Il définit les droits et les devoirs réciproques de la Mutuelle et de ses adhérents conformément à l'article [L.114-1 du code de la Mutualité](#).

Les adhérents sont tenus de s'y conformer, au même titre que les statuts.

Le règlement mutualiste est établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale. Toute modification proposée par le Conseil d'Administration est immédiatement applicable et doit être présentée pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Toute modification des garanties de prestations est notifiée aux membres de la mutuelle par courrier.

ADHESION

Article A1

Le présent contrat mutualiste est régi par la loi française conformément aux dispositions des articles L.225-2 et L. 225-3 du code de la mutualité.

La Mutuelle se compose de membres participants.

Les membres participants sont ceux qui en échange du paiement régulier d'une cotisation acquièrent ou font acquérir vocation aux avantages assurés par la Mutuelle.

Les membres participants s'engagent au paiement de cette cotisation conformément aux dispositions de l'article C3 du présent règlement mutualiste.

Article A2

Peuvent adhérer à la mutuelle en tant que membres participants, les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

Adhésions individuelles

Les personnes bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale et similaires.

Peuvent être bénéficiaires des prestations, s'ils sont désignés par l'adhérent :

- l'adhérent lui-même ;
- les membres de sa famille à charge au sens de la Sécurité Sociale et similaires, et plus généralement :
 - son conjoint ou concubin ou partenaire lié à l'affilié par un acte civil de solidarité, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;
 - ses enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale et ceux qui sont apprentis ou étudiants au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26^{ème} anniversaire ;

Adhésions collectives

L'adhésion peut résulter d'un contrat de travail, d'une convention collective ou d'un accord d'établissement ou d'entreprise ou être souscrite par un groupement habilité à cette fin à représenter les intéressés. Ceux-ci sont membres à titre individuel de la mutuelle.

L'adhésion collective peut donner lieu à une convention passée entre le groupement habilité à représenter les intéressés et la mutuelle. Dans ce dernier cas, la convention tient lieu de loi entre le groupement et la mutuelle, nonobstant toutes dispositions contraires.

Situations particulières liées au contrat collectif

Application de la loi Fillion.

Article A3 - Prises d'effet

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. La garantie est acquise à cette date, sauf délais de carence spécifiques à certaines garanties.

En cas d'adhésion à distance, conformément à [l'article L.221-18 du Code de la Mutualité](#), la garantie ne pourra être acquise qu'après un délai de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'adhésion (cachet de la poste faisant foi), sauf demande d'exécution anticipée exprimée par l'adhérent.

La durée minimum d'adhésion est d'un an.

Adhésions d'un nouveau-né

Pour l'adhésion d'un nouveau-né, la demande doit être adressée auprès de nos services dans les 30 jours qui suivent la naissance. La cotisation est gratuite la 1^{ère} année à l'exception du contrat Famille et Monoparentale et des contrats collectifs.

Pour bénéficier du forfait maternité l'enfant doit être inscrit au contrat de l'adhérent.

Une seule prime naissance par enfant même si l'enfant est affilié en tant qu'ayant-droit sur l'une et l'autre de la couverture de ses deux parents.

Article A4 - Formalités préalables

Conformément à [l'article L.221-1 du Code de la Mutualité](#) et à l'article 6 et 7 des statuts, l'engagement réciproque de l'adhérent et de la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, de la souscription d'un contrat collectif.

Avant signature du bulletin d'adhésion à titre individuel, la mutuelle remet au futur membre :

- un bulletin d'adhésion,
- le tableau des garanties et des cotisations,
- Un IPID
- un extrait des statuts et du règlement mutualiste.

En cas d'acceptation, la demande d'adhésion comprend :

- le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé ;
- une photocopie des attestations d'assuré social permettant d'identifier l'adhérent et les bénéficiaires désignés ;
- les pièces d'identité ou livret de famille justifiant la qualité de bénéficiaire
- un mandat SEPA complété, daté et signé,
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP),
- la résiliation de l'ancienne mutuelle si besoin

La demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives est remise ou adressée au siège de la Mutuelle de Bagneaux.

Article A5 - Réadmission

La réadmission éventuelle peut être soumise à l'approbation du conseil d'administration de la mutuelle.

La demande de réadmission est adressée au siège de la Mutuelle et doit être motivée.

Article A6 – Carte de mutualiste

Après réception de sa demande d'adhésion par la Mutuelle de Bagneaux, et, sous réserve que toutes les pièces nécessaires aient bien été reçues, l'adhérent reçoit une carte de mutualiste de la Mutuelle de Bagneaux comportant l'indication de ses droits, valable de la date d'ouverture de ses droits jusqu'au dernier jour de l'année en cours

Lors du renouvellement annuel des cartes de tiers payant, l'adhérent reçoit un échéancier et deux cartes, si ses droits sont ouverts à la date d'émission de la carte.

L'adhérent est tenu de vérifier les indications portées sur la carte de mutualiste et d'informer les services de la Mutuelle de Bagneaux de toute erreur ou de toute modification nécessaire.

MODIFICATION D'UN CONTRAT

Article M1 – Modification de situation

La modification des mentions portées au bulletin d'adhésion peut être demandée par écrit en cas de changement de situation personnelle ou administrative du membre, résultant notamment :

- de la situation familiale,
- d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La modification prend effet dès réception de la demande (cachet de la poste faisant foi)

Article M2 – Modification de garantie

Le membre participant peut solliciter par écrit et au moins deux mois avant le 1er juillet ou le 1er janvier, un changement de garantie sous réserve que l'adhésion à la garantie précédemment souscrite, ait été d'une durée d'un an.

Le changement de garantie prendra effet au 1er jour du mois qui suit la demande et s'exercera sur une période de 36 mois minimum suivant la date d'adhésion.

La réadmission éventuelle d'un membre à la Mutuelle à l'une des garanties suite à une démission volontaire de celles-ci peut être possible qu'au bout de 3 ans d'ancienneté dans la même garantie.

Le nombre de changement de garantie est limité à 3 changements dans la durée du contrat (3 ans).

La modification des mentions portées au bulletin d'adhésion peut être demandée par écrit en cas de changement de situation personnel ou administrative. La modification prend effet dès réception de la demande (cachet de la poste faisant foi). La demande doit être faite dans les 30 jours suivant la survenance effective de l'évènement.

Article M3 – Modification du contrat mutualiste à l'initiative du Conseil d'Administration

Conformément à ses prérogatives décrites à l'article 33 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutuelle est compétent en matière d'adoption et révision du règlement mutualiste, des montants ou taux des cotisations et des prestations des opérations individuelles dans le respect des règles fixées par l'Assemblée générale.

Toute évolution législative, réglementaire ou technique venant à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, pourra entraîner en conséquence, une révision des montants ou taux des cotisations, des prestations garanties des conditions d'ouverture du droit à prestation et plus largement du règlement mutualiste et de ses annexes.

Ces modifications sont applicables de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

RADIATION-DEMISSION

Article R1 – Modalités de radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par la mutuelle en vertu de l'article 9 des statuts.

Article R2 – Démission

Démission dans le cadre d'une adhésion individuelle

- L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion 2 mois avant la date d'échéance de la carte, en adressant à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité.

A défaut, celle-ci ne pourra être prise en considération qu'à la prochaine échéance.

L'échéance du contrat est fixée au 31 décembre. A cette date, le contrat est reconduit tacitement pour un an.

- L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion dès lors qu'il ne rentre plus dans les conditions d'adhésions à la mutuelle ou lors la survenance de l'un des événements suivants :
 - changement de profession
 - changement de domicile
 - dans le cadre d'une mutuelle obligatoire (radiation à la date d'adhésion au dit contrat)
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

En cas de non-observation de ces dispositions, la Mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action légale pour le recouvrement des cotisations dues.

Dès réalisation de la radiation, l'adhérent a obligation de nous retourner sa carte mutuelle en cours de validité.

Un certificat de démission est délivré à l'adhérent démissionnaire.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les 30 jours, suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

- Le nouvel article L.221-10-2 al.1 du code de la mutualité offre la faculté de résilier sans frais ni pénalité et à tout moment, après la première année de souscription les contrats de complémentaires santé.

Forme de la notification

La notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé

- par lettre ou tout autre support durable (ex courrier électronique),
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- par acte extrajudiciaire (ex notification par huissier de justice),
- Si la Mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
- par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement

La mutuelle accusera réception par écrit de la notification.

Dans ce cas-là, la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée au prorata à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article R3 – Cas particulier du décès

Le décès d'un membre participant entraîne sa radiation. Cette radiation prend effet au 1^{er} jour suivant la date de survenance de l'évènement. Pour que cette radiation puisse être prise en compte, une copie de l'acte de décès doit être transmise à la mutuelle.

La cotisation versée au titre du mois commencé ne peut faire l'objet d'un remboursement même partiel, la cotisation est due pour le mois.

La mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus, à réception de tous documents demandés par la mutuelle.

Après le décès du membre participant, le maintien de la garantie couverture santé pour les ayants droits est prévu dans les conditions suivantes :

Les ayants droits du membre participant décédé peuvent solliciter le bénéfice de la garantie précédemment souscrite ou sur demande

se voir proposer une autre garantie, répondant à leurs besoins et ouverte à l'adhésion au jour de leur demande.

Dès lors, les ayants droits, adhérent au contrat mutualiste et prennent la qualité de membre participant de la Mutuelle.

Article R4 – Non-paiement des cotisations

Sont également radiés les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations à l'expiration du délai précité (article R1 du présent règlement).

Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration ou ses mandataires à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Dans le cadre d'opérations individuelles (selon l'article L.221-7 du Code de la Mutualité) :

A défaut de paiement d'une 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 sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Concernant les cotisations annuelles fractionnées, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produira ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu au premier alinéa, 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 due ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de la cotisation annuelle ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, éventuellement majoré des frais imputés par le service de recouvrement ainsi que les frais éventuels facturés par les établissements bancaires (rejets, chèques sans provision, etc...).

Dans le cadre d'opérations collectives (selon l'article L.221-8 du Code de la Mutualité)

- Lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu au 1^{er} alinéa, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou contrat collectif, sauf s'il se substitue à l'employeur ou à la personne morale pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionnés au premier alinéa.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle, les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension, majoré des frais imputés par le service de recouvrement ainsi que les frais éventuels facturés par les établissements bancaires (rejets, chèques sans provision, etc...).

– Lorsque dans le cadre d'opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. Cette exclusion intervient dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure.

Cette procédure s'applique également à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation.

Article R5- Résiliation par la Mutuelle

Le membre qui aurait causé volontairement aux intérêts de la mutuelle, un préjudice dûment constaté.

Il sera convoqué par le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits reprochés, en vue de son exclusion. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion sera prononcée par le Conseil d'Administration.

En cas de non-respect de dispositions, la Mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action légale pour le recouvrement des cotisations dues.

Article R6– Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

La radiation est notifiée au membre participant par lettre recommandée, elle entraîne la perte de tout droit aux prestations et avantages de la mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent ipso facto la radiation des ayants droits mutualistes.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celle pour laquelle les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Dans le cas où le membre participant démissionnaire serait redevable envers la Mutuelle d'une dette de quelque nature que ce soit, la Mutuelle est habilitée de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles le membre démissionnaire peut prétendre jusqu'à due concurrence.

COTISATIONS

Article C1 – Engagement

Les membres participants s'engagent, pour eux-mêmes et leurs ayants droit, au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

Article C2 – Périodicité de la cotisation

La cotisation est payable mensuellement, à terme à échoir pour les individuels, et à terme échu pour les entreprises.

Article C3 – Cotisation

Les cotisations sont établies par année civile.

Elles sont révisables selon décisions du Conseil d'Administration et ratifiées par l'Assemblée Générale à la fin de chaque année civile.

Dans le cadre des adhésions individuelles

La cotisation est forfaitaire et prend en compte l'âge, la garantie choisie et la composition de la famille inscrite.

Dans le cadre du contrat collectif

Elles peuvent être précomptées sur salaire du membre participant à terme à échoir. Elles sont fonction du contrat établi entre la mutuelle et le souscripteur.

Une note d'information présentant les cotisations de l'année à venir est envoyée après ratification de l'assemblée générale.

Article C4 – Gratuité de la cotisation

La cotisation est gratuite pour les enfants de moins d'un an, ainsi que pour le 3^{ème} enfant et les suivants lorsque le membre participant a déjà deux enfants de moins de 26 ans inscrits en tant que bénéficiaires à l'exception du contrat Famille et Monoparental et des contrats collectifs.

Article C5 – Mode de règlement de la cotisation

- par prélèvement automatique bancaire ou postal, le 10 de chaque mois pour les membres participants non précomptés sur salaire. En cas de rejet du prélèvement lors de l'appel des cotisations pour une raison imputable au titulaire du compte, les frais bancaires de rejet acquittés par la Mutuelle peuvent être ajoutés au montant de la cotisation due.
- par chèque libellé à l'ordre de la Mutuelle de Bagneaux, trimestriellement, semestriellement et annuellement,
- par virement bancaire,
- pour les membres en contrat collectif par précompte mensuel sur salaire ou versement par le salarié;

Article C6 – Modification de situation

Les modifications qui surviendraient dans la situation familiale ou professionnelle des membres doivent être signalées à la Mutuelle de Bagneaux dans les 30 jours, accompagnées des pièces justificatives.

Lorsqu'une modification de la situation du membre participant ou de l'un de ses ayants droit intervient en cours de mois, la cotisation versée au titre du mois commencé ne peut faire l'objet d'un remboursement même partiel.

Lorsqu'un membre participant (contrat collectif) est démissionnaire ou licencié d'une entreprise, à sa demande il est muté dès le 1er jour suivant la radiation des effectifs de l'entreprise en contrat individuel ou régime d'accueil et doit à ce titre régler pour lui-même et ses ayants droit la cotisation afférente.

Les adhérents licenciés, en congé sabbatique, en congé pour création d'entreprise, et congé sans solde et leurs ayants droit ont la possibilité de rester dans un régime d'accueil cela pendant 1 an et jusqu'à 3 ans pour le congé parental. (Loi Fillon)

Les adhérents (contrat collectif) mis à la retraite et leur ayant droit ont la possibilité d'adhérer au régime d'accueil (loi Fillon)

Article C7 - Remboursement de cotisations

Tout différend concernant les cotisations doit être soumis à la **MUTUELLE DE BAGNEAUX** par courrier (**67/69 rue du Gâtinais-77167 Bagneaux sur Loing**) auquel doivent être jointes toutes pièces permettant le remboursement partiellement ou en totalité.

Le remboursement d'une cotisation partiellement ou en totalité ne peut se faire que dans la limite de 1 mois précédant le fait générateur de la demande et sous réserve que l'origine ne soit pas imputable à une indication erronée fournie par le membre participant lui-même, ou à une modification de sa situation dont il n'aurait pas informé la Mutuelle en temps utile.

Article C8 - Retenues sur prestations

Dans le cas où le membre participant serait redevable envers la Mutuelle d'une dette de quelque nature que ce soit, la Mutuelle est habilitée de plein droit à opérer, après en avoir informé l'adhérent, des retenues sur les prestations mutualistes auxquelles le membre participant peut prétendre jusqu'à due concurrence.

Article C9 - Révision

Il est admis qu'en cas de déséquilibre financier exigeant des mesures d'urgence, le conseil d'administration a toute latitude pour relever immédiatement les taux de cotisations en vertu de la délégation de pouvoir énoncée à l'article 22 des statuts.

Il en sera de même en cas de modification des taux de remboursement ou de la nomenclature de la Sécurité Sociale ou similaire.

Elles sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

- Evolution des dépenses de santé de la mutuelle enregistrée au cours de l'année civile.
- Lorsque le cadre d'intervention et les règles de gestion de la mutuelle se trouvent modifiées à la suite de nouvelles dispositions législatives, et réglementaires.
- Lorsque le risque se trouve aggravé par une cause extérieure ou par de nouvelles dispositions conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire.
- Pour tout autre motif valablement adopté par l'assemblée générale.

Un échéancier présentant les cotisations à venir est envoyé à l'échéance de janvier.

Article C10- Structure standard des cotisations

LA GARANTIE INDIVIDUELLE :

ESSENTIEL, BASE, OPTION PLUS, OPTION CONFORT, BIEN ÊTRE, OPTIMAL et le PRIMO H.

Pour l'ensemble des garanties ci-dessus, 7 tranches d'âges sont instaurées :

- | | |
|------------------|------------------|
| - Moins de 1 an | - de 60 à 69 ans |
| - de 1 à 25 ans | - de 70 à 79 ans |
| - de 26 à 39 ans | - plus de 80 ans |
| - de 40 à 59 ans | |

Structure standard des cotisations FAMILLE ET MONOPARENTALE

FAMILLE (2 adultes + 2 enfants et plus)

- de 18 à 25 ans (âge du membre participant)
- de 26 à 39 ans (âge du membre participant)
- de 40 à 59 ans (âge du membre participant)

MONOPARENTAL (1 adulte + 2 enfants et plus)

- de 18 à 25 ans (âge du membre participant)
- de 26 à 39 ans (âge du membre participant)
- de 40 à 59 ans (âge du membre participant)

LA GARANTIE SENIOR ET SENIOR PLUS

L'adhésion aux garanties SENIOR et SENIOR PLUS est ouverte à toutes les personnes âgées de plus de 70 ans au moment de l'adhésion.

L'accès des ayants droits à la garantie SENIOR PLUS est accessible à conditions que le membre participant soit lui-même inscrits dans cette option.

Structure standard des cotisations, 6 tranches d'âges sont instaurées :

- | | |
|------------------|------------------|
| - de 70 à 74 ans | - de 85 à 89 ans |
| - de 75 à 79 ans | - de 90 à 94 ans |
| - de 80 à 84 ans | - plus de 95 ans |

LA GARANTIE COMMUNE

Les garanties ECO, MEDIAN et MAXI sont ouvertes aux administrés dont la commune a souscrit un partenariat avec la Mutuelle de Bagneaux sous présentation d'une attestation de la mairie.

Elle est ouverte à toutes personnes de plus de 18 ans, âge au moment de l'adhésion et sans restriction d'âge.

La garantie est souscrite pour l'ensemble de la famille.

Si le membre participant quitte sa commune, il pourra continuer de bénéficier de son contrat.

Structure standard des cotisations, 4 tranches d'âges sont instaurées :

- Moins de 18 ans
- de 30 à 59 ans
- Moins de 30 ans
- plus de 60 ans

LA GARANTIE AGENTS TERRITORIAUX NON LABELLISEE (clauses particulières)

L'adhésion aux garanties COQUELICOT, JONQUILLE et LYS s'adresse uniquement aux agents actifs des collectivités territoriales et à ses ayants droit dont l'établissement publics ne participe pas au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Le membre participant qui atteint l'âge de la retraite ne pourra plus bénéficier de la garantie. Un contrat en **Régime d'accueil des agents, territoriaux** ou **une garantie individuelle** lui sera alors proposé.

Le contrat n'est plus ouvert à l'enfant du membre participant de plus de 26 ans, sauf si l'enfant est handicapé.

En cas de divorce, le conjoint qui n'est pas un agent de la Fonction Publique Territoriale ne peut plus bénéficier du contrat.

La cotisation est forfaitaire sans tranche d'âge, la limite d'âge est déterminée par le départ en retraite du membre participant.

La cotisation est définie par la garantie choisie et la composition de la famille. La garantie est souscrite pour l'ensemble de la famille.

Structure standard des cotisations :

Isolé tarif unique (1 personne)

Couple tarif unique (2 adultes)

Monoparental tarif unique (1 adulte + 1 enfants et plus)

Famille tarif unique (2 adultes + 1 enfants et plus)

LA GARANTIE TNS-ARTISAN

La garantie BASIC, ZEN, OPTIUM s'adresse uniquement aux travailleurs non-salariés, auto-entrepreneur, commerçant, profession libérale, etc...). La cotisation est millésimée et n'évolue plus avec l'âge, sauf hausse du coût de la vie et des réglementations.

Pour l'ensemble des garanties, 11 tranches d'âges et compositions de la famille sont instaurées.

Structure standard :

- Isolé
- Couple (2 personnes)
- Familles (à partir de 3 personnes)

Structure standard des cotisations, 11 tranches d'âges sont instaurées :

- 20 ans/23 ans
- 44 ans/47 ans
- 24 ans/27 ans
- 48 ans/51 ans
- 28 ans/31 ans
- 52 ans/55 ans
- 32 ans/35 ans
- 56 ans/59 ans
- 36 ans/39 ans
- à partir de 60 ans
- 40 ans/43 ans

LA SUR-COMPLÉMENTAIRE MODULE H

Le MODULE H est une surcomplémentaire uniquement lié à l'hospitalisation, qui s'adresse aux personnes bénéficiant d'une garantie BASE, OPTION PLUS, OPTION CONFORT, OPTION BIEN-ÊTRE et OPTION OPTIMAL et à la garantie SENIOR et SENIOR PLUS.

Elle est ouverte à toute personne sans condition d'âge. Elle est payante pour les enfants de moins de 1 an et gratuite à partir du 3^{ème} enfant.

Le paiement de la cotisation du MODULE H se rajoute à la garantie initialement souscrite.

Le remboursement des prestations du MODULE H vient en complément de la garantie initialement souscrite.

Structure standard des cotisations de la garantie : INDIVIDUEL - Moins de 40 ans - Plus de 40 ans

FAMILLE (2 adultes + 2 enfants et plus)

- Moins de 40 ans (âge du membre participant)
- Plus de 40 ans âge du membre participant)

MONOPARENTAL (1 adulte + 2 enfants et plus)

- Moins de 40 ans (âge du membre participant)
- Plus de 40 ans (âge du membre participant)

PRESTATIONS

Article P1 - Droit aux prestations

Les prestations garanties par la mutuelle s'entendent dans le cadre des statuts et du présent règlement mutualiste.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les ayants droits mutualistes ne peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle de Bagneaux que dans la mesure où les membres participants dont ils sont ayants droit, sont à jour des compléments de cotisations correspondants.

Article P2 – Stage

Le droit aux prestations pour l'ouvrant droit et sa famille ne prend effet qu'après avoir accompli un délai de stage de :

- 1 mois pour les honoraires médicaux, la radiologie, les actes d'auxiliaires médicaux, la pharmacie, les remboursements des vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale.
- 3 mois pour les soins et prothèses dentaires, l'orthodontie, l'appareillage, les prothèses auditives, l'optique, la cure, forfait maternité, les hospitalisations.

Sont dispensés de stage :

- les membres venant par mutation d'une autre complémentaire santé. Le membre participant doit faire parvenir à la MUTUELLE DE BAGNEAUX un certificat de radiation de son ancienne complémentaire santé.
- Le conjoint et les enfants d'un membre participant.
- L'adhérent parrainé par un membre de la mutuelle de Bagneaux.

Article P3 - Forclusion des prestations

Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les vingt-quatre mois à compter de la date de l'événement à indemniser, accompagnée des pièces justificatives.

Article P4 - Forclusion des réclamations

Le délai de forclusion est de 24 mois à compter de la date de l'événement à indemniser.

Article P5 - Tableaux des garanties

Transmis lors de l'adhésion

Article P6 - Paiement des prestations

Le paiement des prestations n'est accordé que si l'adhérent est à jour de ses cotisations.

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à l'envoi des justificatifs précisés ci-dessous :

- Optique
- Dentaire
- Acoustique
- Hospitalisation
- Tous les actes de prévention

- Autres :
 - Sur demande de la mutuelle
 - S'il n'y a pas de télétransmission avec la Sécurité Sociale

Télétransmission

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'assurance maladie transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle, sauf refus exprès du membre participant.

Il appartient, néanmoins, à l'adhérent de s'assurer de son fonctionnement, au travers du remboursement de ses frais de soins de santé.

Pour les adhérents ayant déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après radiation auprès du centre d'assurance maladie à la demande de l'adhérent faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre d'assurance maladie, il appartient à l'adhérent d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation Carte Vitale.

Décompte Sécurité sociale

Les membres participants adresseront leurs demandes de remboursement à la Mutuelle au cas où leurs prestations n'auraient pas été versées directement par le système de télétransmission de la Sécurité Sociale (NOEMIE ou similaire) ou n'ayant pas fait l'objet d'avance de frais de santé par le tiers payant.

Les décomptes originaux de la Sécurité Sociale ou d'autres régimes obligatoires similaires qui constituent les pièces comptables, restent archivés à la Mutuelle jusqu'à la date de prescription de ceux-ci, soit 2 ans et un trimestre.

En cas de nécessité, une photocopie pourra être produite à la demande du membre participant.

En cas de surcomplémentarité, lorsqu'un membre participant de la Mutuelle est également adhérent à un autre organisme complémentaire, les prestations des présents statuts ne pourront être versées que sur présentation du décompte original de l'autre organisme complémentaire, de la copie du décompte de la Sécurité Sociale (ou d'une autre caisse de régime obligatoire), ainsi que le cas échéant des originaux des factures acquittées.

En aucun cas, le remboursement de la Mutuelle, de l'autre organisme complémentaire et du régime obligatoire ne pourra excéder la dépense engagée par le membre participant.

En cas de mise sous tutelle, les prestations sont versées à l'organisme gestionnaire du compte de l'adhérent.

En cas de perte des pièces justificatives originales, il appartient au membre participant de faire établir un duplicata et d'y joindre une note attestant et expliquant la non-présentation des pièces originales.

Article P7 – Délais et défauts de versements des prestations

Le montant des prestations est versé par virement interbancaire, à condition que le dossier de remboursement soit complet, conformément à l'article P6 du présent règlement.

A défaut de paiement des prestations dues par la mutuelle et trente jours après une mise en demeure par pli recommandé avec accusé de réception, le membre participant pourra résilier le contrat et engager les poursuites pour réparer le préjudice subi.

- Pour percevoir les prestations servies par la mutuelle, les membres bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.
- La validité des pièces justificatives pour percevoir les prestations de la mutuelle est fixée à 24 mois à partir de la date des soins.
- Les prestations seront servies par la mutuelle, suivant les garanties souscrites à la date des soins.

Article P8 - Limite des remboursements

En application de [l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989](#) : « les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit ».

Lesdits montants ne peuvent par ailleurs excéder le montant maximal des remboursements complémentaires prévus à son contrat.

En outre, et sauf exceptions inscrites dans le tableau des garanties, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime de Sécurité Sociale du bénéficiaire n'ouvrent pas droit à un remboursement complémentaire.

Article P9 – Subrogation

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

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

L'adhésion à la Mutuelle comporte de la part de son auteur mandat donné à celle-ci de remplir les fonctions de correspondant local auprès de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie et d'encaisser à ce titre, pour le compte de l'adhérent assuré social, les prestations qui lui sont dues par ladite caisse.

Cette adhésion vaut également abandon au profit de la mutuelle des sommes récupérées lorsque celles-ci correspondent à des prestations en nature fournies par un établissement conventionné et dont le paiement préalable a été effectué par la mutuelle dans les conditions prévues par l'article L.322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Article P10 – Participation, Franchises, hors Parcours de soins

Conformément à la loi du 13.08.2004 portant sur la réforme de l'Assurance Maladie et à l'ensemble des décrets et conventions s'y rapportant : les garanties remboursent au moins deux prestations de préventions de prévention et ne prennent en charge ni la majoration de la participation appliquée par le R.O, ni les dépassements pour tous les actes hors parcours de soins, ni la participation et la franchise forfaitaires.

Les prestations sont calculées en fonction des tarifs de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe et dans la limite des frais engagés.

Dans le cas de non-respect du parcours de soins coordonnés par l'adhérent, le montant des prestations servies par le régime obligatoire et par la mutuelle pourra être diminué.

La garantie ne compense pas la diminution de prise en charge du régime obligatoire et ne prend en charge les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés.

De même, sont exclus des remboursements :

- Les participations forfaitaires prévues à [l'article L322-2 du Code de la sécurité sociale](#) (par exemple : 1€ sur les actes paramédicaux ou le transport sanitaire),
- La majoration de participation mise à la charge des assurés par [l'article L.162-5.3 du code de la Sécurité Sociale](#) dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin référent ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin référent ;
- Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter (à compter de la mise en place du dossier médical personnel).

Article P11 – Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la mutuelle signe directement des conventions de tiers payant avec des établissements de soins et des professionnels de santé.

La mutuelle assure ainsi directement, dans la limite de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires.

Une carte d'adhérent permettant de bénéficier du tiers payant auprès des prestataires de santé est adressée à chaque membre participant à jour de ses cotisations. Elle atteste des droits de l'adhérent, elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées.

En cas de cessation ou suspension du contrat mutualiste, le membre participant est tenu de retourner sa carte d'adhérent à la mutuelle. Toute utilisation de la carte tiers payant pendant une de ces périodes est frauduleuse.

La mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

Article P12 - remboursements frais de santé non pris en charge par la sécurité sociale

Pour les prestations non prises en charges par la sécurité sociale, la participation de la mutuelle sera en fonction du barème de garanties souscrit à la date des soins, dans la limite des frais engagés et sur présentation d'un justificatif.

Article P13 - Secours exceptionnel

Une allocation de secours exceptionnelle, peut être attribuée au membre participant, en cas de situation financière difficile (achat d'appareillage ou de prestations coûteuses) à la suite d'une maladie ou un accident, sur présentation :

- des justificatifs des dépenses restant à charge,
- du dossier de la Sécurité Sociale notifiant le montant éventuel du remboursement, ou son refus de prise en charge,
- du dernier avis d'imposition pour le calcul du quotient familial.

Les demandes de secours sont adressées à la Mutuelle. La requête doit contenir tous les éléments d'appréciation.

Le Président du Conseil d'Administration ou son représentant, informe directement l'intéressé de la décision prise par le Bureau du Conseil.

Article D1 – Accueil

Le siège de la Mutuelle est établi au 67-69 rue du Gâtinais à Bagnaux-sur-Loing 77167.

Article D2 – Délai de Prescription

Conformément aux [articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité](#), toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, du fait du membre participant, que le jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- en cas de résiliation 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 ou l'union 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 au b du 1° du 1 de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits du membre participant décédé.

Article D3 – Assistance « non régie par le présent règlement »

Un contrat d'assurance collective offrant un service assistance vie quotidienne, souscrit conformément à [l'article L.221-3 du code de la mutualité](#) auprès de l'organisme Fil assistance International – Société anonyme régie par le Code des assurances immatriculée en France - N° SIREN : 433012689, dont le siège social se situe au 108 bureau de la colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex, est ouvert pour apporter un soutien dans l'urgence face à des situations imprévues :

- à l'adhérent,
- son conjoint ou concubin,
- les enfants fiscalement à charge, résidant en France métropolitaine et vivant sous le même toit.

Les garanties sont intégrées à l'ensemble des contrats souscrit par les adhérents quelle que soit la garantie (excepté les contrats Mairie labélisée).

Dans tous les cas, les prestations d'assurance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'évènement et de la situation.

Les conditions d'applications de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

Article D4 – Garanties de prévoyance « non régie par le présent règlement »

Les adhérents de la Mutuelle peuvent souscrire des garanties de prévoyance souscrites en intermédiation auprès de l'organisme d'assurances suivant :

MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE –RNM

383 143 617, mutuelle soumise aux dispositions du livre 2 du Code de la mutualité – 39 rue du Jourdil – 74960 CRAN-GEVRIER.

Dans tous les cas, les prestations d'assurance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'évènement et de la situation. Les conditions d'applications de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

Article D5 – Lois informatiques et libertés

Les informations recueillies auprès de l'adhérent sont exclusivement utilisées 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 à des tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne faisant l'objet d'une gestion pour compte de tiers, peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, les informations recueillies sont confidentielles.

Chaque adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant.

Ce droit s'exerce sur demande écrite au siège de la Mutuelle :
Mutuelle de Bagneaux, 67-69 rue du Gâtinais 77167 BAGNEAUX SUR LOING.

Article D6 – Loi applicable

1) Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat y a sa résidence principale ou son siège de direction, sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties du contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

- 2) On entend par souscripteur, pour l'application du 1) ci-dessus :
- le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle,
 - l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

Article D7 – Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), situés 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le code de la mutualité.

Article D8 – Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance ou par voie de démarchage.

Conformément aux dispositions des [articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité](#), en cas d'adhésion à distance ou suivant un démarchage, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :
Mutuelle de Bagneaux 67-69 rue du Gâtinais 77167 Bagneaux sur Loing.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « Par la présente lettre recommandée avec avis de réception,
Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande.

Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droits, en cas de démarchage.

En cas de renonciation, la mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

Article D9 – Réclamation, Médiation

Réclamation

Les membres participants peuvent en cas d'insatisfaction formuler une réclamation en écrivant à la Mutuelle de Bagneaux :

- soit par courriel mesdonnees@lamutuelledebagneaux.fr
- soit par voie postale à l'attention de :
La Mutuelle de Bagneaux- Service réclamations- 67/69 rue du Gâtinais 77167 BAGNEAUX SUR LOING.

Le membre recevra un accusé réception de sa réclamation sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de sa réception, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Le cas échéant, l'adhérent recevra une réponse de la Mutuelle au plus tard 2 mois après la date de réception de sa demande.

Médiation

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation : après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne par internet sur : www.mediateur-mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr;
- soit par voie postale à l'attention de : **Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.**

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au médiateur.

Si l'adhérent n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir en justice.

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

Le Médiateur désigné par le Conseil d'Administration est le Médiateur de la Mutualité Française.

Le présent règlement est disponible sur le site internet www.lamutuelledebagneaux.fr.

Il peut être également envoyé aux adhérents sur simple demande.