



**MUTUELLE DES PERSONNELS
TERRITORIAUX DE LA VILLE DE ROUEN
ET DES ETABLISSEMENTS PUBLICS
DE SA REGION**

REGLEMENT MUTUALISTE

**Mutuelle régie et soumise aux dispositions
Du Livre II du Code de la Mutualité**

**Mutuelle inscrite au registre national
des mutuelles sous le n° 781 123 229**

Mise à jour 06/2009

43, 45 rue du Champ des oiseaux – 76107 ROUEN CEDEX 1
Tél : 02.35.89.77.44 – Fax : 02.35.98.10.55 – contact@mutame76.com

SOMMAIRE

REGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I	Formation, objet et composition de la Mutuelle	3
Chapitre 1^{er}	Formation et objet de la Mutuelle	3
Chapitre 2	Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion	3
Section I	Conditions d'adhésion	3
Section II	Démission, radiation, exclusion	4
TITRE II	Administration de la Mutuelle	5
Chapitre 1^{er}	Assemblée générale	5
Section I	Composition, élections	5
Section II	Réunion de l'Assemblée Générale	5
Chapitre 2	Conseil d'administration	6
Section I	Compositions, élections	6
Section II	Réunions	6
Chapitre 3	Président et Bureau	6
Chapitre 4	Organisation financière	6
TITRE III	Obligation de la Mutuelle et de ses adhérents	7
Chapitre 1^{er}	Catégorie de bénéficiaires	7
Chapitre 2	Obligations des adhérents envers la Mutuelle	7
Chapitre 3	Obligation de la Mutuelle envers ses adhérents	9
ANNEXE 1	Cotisations	
ANNEXE 2	Prestations	

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{ER} **FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE**

Article 1^{er} Réf. (art. 3 des statuts) : **OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE**

Le présent règlement a pour but d'expliciter et de préciser les dispositions statutaires dont il constitue le complément.

Il est soumis à l'Assemblée Générale pour approbation et présente un caractère obligatoire.

Les modifications à ce règlement, introduites par le Conseil d'Administration, s'appliquent immédiatement dans l'attente de la prochaine Assemblée Générale.

En cas de non ratification, les effets produits demeurent valables jusqu'à la date de cette Assemblée Générale.

Article 2 Réf. (art. 2 des statuts) : **CONTRAT COLLECTIF – CONVENTION**

La Mutuelle assure à ses adhérents, dans le cadre de contrats collectifs souscrits pour le compte de ses mutualistes

1° des allocations obsèques et orphelins auprès de :

MUTAME GARANTIES UNION
Régie par le Livre II du Code de la Mutualité
RNM : 784 854 499
63 bd de Strasbourg
75010 PARIS

2°- une assistance à domicile auprès de :

MUTUALITE FRANCAISE
Au titre du contrat souscrit auprès de l'IMA (Inter-Mutuelle Assistance)
Société régie par la Code des Assurances
RCS : XXX
BP 8000 – 118 av. de Paris
79033 NIORT cedex 9

Article 3 Réf. (art. 4 des statuts) : **QUESTIONS ETRANGERES A LA MUTUALITE**

L'interdiction de délibérer sur des sujets étrangers à la Mutualité implique l'interdiction de toute discussion sur ces sujets et, notamment, sur les questions d'ordre politique, syndical, philosophique et religieux.

CHAPITRE 2 **CONDITIONS D'ADMISSION, DE DEMISSION,** **DE RADIATION ET D'EXCLUSION**

SECTION I – CONDITIONS D'ADMISSION

Article 4 Réf : (art. 6 des statuts) : **ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET HONORAIRES**

L'adhésion d'un membre participant comporte obligatoirement la signature d'un bulletin d'adhésion sur lequel il figure ainsi que, le cas échéant, son conjoint ou son concubin et les enfants à charge. Le membre participant précise sur ce bulletin la GARANTIE choisie, identique pour lui-même et ses ayants-droit.

Les adhérents doivent signaler au siège social de la mutuelle ou auprès des correspondants locaux tout changement intervenu dans la vie professionnelle ou familiale.

RNM : 781 123 229

Les déclarations modificatives doivent être signifiées dans le délai d'un mois à compter du jour de l'évènement sous peine de perdre le droit aux prestations.

L'adhésion d'un membre honoraire n'est pas obligatoirement subordonnée à la signature d'un bulletin d'adhésion ; elle peut résulter de l'acceptation de certaines fonctions intéressant le fonctionnement de la Mutuelle ou de l'accomplissement de certains services la concernant ; dans ce cas, elle suppose, bien entendu, l'accord de l'intéressé.

Article 5 Réf. (art. 8 des statuts) : **BENEFICIAIRES**

Peuvent adhérer à la mutuelle :

- tous les personnels des Collectivités Territoriales et assimilés,
- tous les élus des Collectivités Territoriales adhérente à la Mutuelle,
- les salariés de la Mutuelle,
- ainsi que les membres des familles des catégories précitées relevant du régime général de la sécurité sociale.

Les agents admis à la retraite conservent de plein droit leur qualité de membre participant si il n'y a aucune interruption dans le versement des cotisations.

Les agents territoriaux qui viennent à exercer une autre activité professionnelle relevant du régime général de la sécurité sociale peuvent continuer à adhérer à la Mutuelle.

Article 6 Réf. (art. 6 des statuts) : **DATE D'EFFET DE L'ADHESION**

La demande est antérieure au 10 du mois :

- la date d'effet pourra être le premier jour du mois de la demande.

La demande est postérieure au 10 du mois :

- la date d'effet sera, au plus tôt, le premier jour du mois qui suit.

Article 7 Réf. (art. 10 des statuts) : **DEMISSION, RADIATION**

La démission, à la demande de l'adhérent, doit être demandée par lettre recommandée avec accusé de réception avec un préavis de deux mois. Si elle résulte d'une obligation d'adhérer à une mutuelle d'entreprise, elle peut, sur présentation d'un justificatif en faisant état, prendre effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Lorsque la radiation intervient pour non-paiement des cotisations, sa date d'effet résulte des dispositions de l'article 11 des statuts. Dans ce cas, elle ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat de radiation.

Lorsqu'elle est prononcée parce que l'adhérent ne répond plus aux conditions d'admission et d'appartenance à la Mutuelle, elle prend effet à la date à laquelle l'intéressé a cessé de remplir ces conditions ; elle peut, le cas échéant, être repoussée au terme de la période couvert par les cotisations versées.

Article 8 Réf. (at. 12 des statuts) : **EXCLUSION**

Le préjudice causé à la Mutuelle et motivant l'exclusion peut être d'ordre moral ou matériel. C'est au Conseil d'Administration qu'appartient cette appréciation.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^o ASSEMBLEE GENERALE

SECTION I – COMPOSITION – ELECTIONS

RNM : 781 123 229

Article 9 Réf. (art. 15 des statuts) : **SECTIONS DE VOTE**

Chaque collectivité regroupant au moins 200 membres participants et/ou honoraires constitue une section de vote.

Les collectivités qui n'atteignent pas ce chiffre sont groupées entre elles ou avec d'autres plus importantes pour former des sections représentatives par leurs effectifs, compte tenu, dans la mesure du possible, de leur spécificités s'il y a lieu.

Le Conseil d'administration dresse chaque année la liste des sections, en temps utile, pour permettre l'établissement des documents administratifs nécessaires à l'élection des délégués à l'Assemblée Générale.

Article 10 Réf. (art. 17 et 19 des statuts) : **ELECTION DES DELEGUES**

Chaque section de vote élit un délégué titulaire par fraction de 100 membres participants (et honoraires) et un délégué titulaire supplémentaire, le cas échéant, pour la dernière fraction incomplète. Elle élit, dans les mêmes conditions, un délégué suppléant par fraction de 200 membres participants.

L'élection des délégués s'effectue par vote par correspondance à partir de la liste des candidats proposés aux membres participants de chaque section.

Pour être candidat à l'élection de délégué d'une section de vote, il faut avoir plus de 18 ans, être membre participant à jour de ses cotisations et appartenir à cette section de vote.

Chaque délégué présent dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

Article 11 Réf. (art. 20 des statuts) : **REPRESENTATION DU DELEGUE EMPECHE**

Le délégué titulaire qui se trouve empêché ou dans l'impossibilité d'assister à l'intégralité de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, est remplacé par un suppléant de sa section de vote, pris dans l'ordre de suppléance.

SECTION II – REUNION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 12 Réf. (art. 21 des statuts) : **PRESENCE A L'ASSEMBLEE GENERALE**

Les délégués suppléants sont invités à participer à l'Assemblée Générale à titre d'auditeurs.

Les membres participants non délégués peuvent également y assister au même titre.

Le Président dispose du droit d'inviter à l'Assemblée Générale et de faire entendre par celle-ci toute personne qualifiée par ses compétences, son rôle ou ses fonctions dans l'administration des Collectivités Territoriales ou dans le domaine mutualiste, au sujet des questions à débattre.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I – COMPOSITION, ELECTIONS

Article 13 Réf. (art. 29 des statuts) : **ELECTION DES ADMINISTRATEURS**

Les candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle par écrit, accompagnée d'un extrait de casier judiciaire, reçue 15 jours avant la date prévue pour l'Assemblée Générale.

Article 13 bis : **VACANCE DE POSTE D'ADMINISTRATEUR**

En cas de vacance de poste d'administrateur, il est procédé à une cooptation à valider par l'assemblée générale. L'administrateur coopté termine le mandat de son prédécesseur.

SECTION II – REUNIONS

Article 14 Réf. (art. 34 des statuts) : **CONVOCATION**

Le président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du conseil cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Article 15 Réf. (art. 35 des statuts) : **REPRESENTATION DES SALARIES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Le représentant du personnel de la Mutuelle qui assiste, avec voix consultative, aux séances du Conseil d'Administration, est désigné à la majorité par l'ensemble du personnel salarié.

Article 16 Réf. (art. 41 des statuts) : **REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS**

Les administrateurs sont remboursés des frais de déplacements occasionnés par les réunions suivant un barème actualisé chaque année et proposé par l'union MUTAME. En cas de dégâts occasionnés à leur véhicule lors d'un déplacement effectué au titre d'une réunion de la Mutuelle, une assurance « auto-mission » souscrite par la Mutuelle les dédommagera.

N.B. : Ces dispositions s'appliquent également aux personnels de la Mutuelle qui utilisent leur véhicule lors de déplacements professionnels (autre que le trajet aller-retour domicile/bureau).

CHAPITRE 3 - PRESIDENT ET BUREAU

Article 17 Réf. (art. 47 des statuts) : **DELEGATIONS DU BUREAU**

Le président, le secrétaire et le trésorier, avec l'autorisation du Conseil d'Administration, donnent délégation au directeur de la Mutuelle pour :

- signer tous les actes et documents administratifs et financiers relatifs à ses missions,
- recruter le personnel salarié de la Mutuelle et gérer les ressources humaines,
- représenter la Mutuelle dans ses relations avec les administrations et les organismes extérieurs,
- participer aux réunions des instances supérieures.

CHAPITRE 4 - ORGANISATION FINANCIERE

Article 18 Réf. (art. 56 des statuts) : **RENOUVELLEMENT DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE CONTROLE INTERNE**

Les candidatures aux fonctions de membre de la commission de contrôle interne doivent être formulées par écrit et adressées au président de la Mutuelle, accompagnée d'un extrait de casier judiciaire au moins 15 jours avant la date prévue pour l'Assemblée Générale.

RNM : 781 123 229

TITRE III

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET SES ADHERENTS

CHAPITRE 1^{er} CATEGORIE DE BENEFICAIRES

Article 19 : **BENEFICIAIRES**

Les bénéficiaires sont constitués des membres participants, de leur conjoint ou concubin, de leurs enfants.

RNM : 781 123 229

Ils se répartissent en deux catégories :

- les agents en activité de service,
- les agents retraités.

CHAPITRE 2 **OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

Article 20 : **DROITS D'ADMISSION**

Les membres participants ne paient aucun droit d'admission.

Article 21 : **COTISATIONS**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes techniques (caisses autonomes, caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

Chaque bénéficiaire est défini comme suit :

Chef de famille : on distingue 2 catégories de chef de famille :

Catégorie 1 :

- agents en activité de service dans une collectivité versant une subvention patronale (cf. arrêté ministériel du 19/09/62).
- Retraités de ces collectivités.

Catégorie 2 : (**membres extérieurs**)

- agent en activité dans une autre collectivité.
- Retraités de ces collectivités.
- Conjoints, concubins ou enfant de plus de 30 ans exerçant une activité professionnelle salariée, assujetti au régime général de la sécurité sociale.

Adulte à charge :

Est considéré comme adulte à charge toute personne de plus de 30 ans, sans ressources, qu'elle soit conjoint, concubin ou enfant d'adhérent. S'applique également à l'ascendant à charge de l'adhérent.

Enfant à charge :

Est considéré comme enfant à charge de l'adhérent, n'ayant pas atteint l'âge de 20 ans et ne bénéficiant d'aucune ressource. Les étudiants de moins de 20 ans sont inclus dans cette catégorie.

Jeune à charge :

Est considéré comme jeune à charge l'enfant de l'adhérent, de plus de 20 ans et n'ayant pas atteint l'âge de 30 ans et ne bénéficiant d'aucune ressource. Les étudiants de plus de 20 ans sont inclus dans cette catégorie.

Jeune :

Est considéré comme jeune, l'agent en activité de service n'ayant pas atteint l'âge de 30 ans ainsi que tout conjoint, concubin ou enfant d'adhérent n'ayant pas atteint l'âge de 30 ans et exerçant une activité professionnelle salariée.

On distingue les catégories 1 et 2 selon les mêmes critères que les chefs de famille (sont assimilés à cette catégorie les conjoints ou concubins à charge n'ayant pas l'âge de 30 ans).

La base de calcul de la cotisation pour les parts proportionnelles aux revenus est fonction du statut (actif et retraité) et de la catégorie (1 ou 2).

Les éléments de revenus qui constituent cette base de calcul sont :

Actif catégorie 1 : Le traitement indiciaire, l'indemnité de résidence et le supplément familial.

Actif catégorie 2 : Le salaire de base brut (hors prime).

Retraité : Le montant brut cumulé de toutes les retraites.

Les cotisations sont fixées selon les barèmes figurant à l'annexe 1.

Article 22 : MODALITE DE REGLEMENT DES COTISATIONS

Dès signature du bulletin d'adhésion, l'agent territorial en activité autorise l'ordonnateur à effectuer sur son traitement le précompte des cotisations dont il est redevable. Peuvent s'ajouter à ces cotisations celles de son ou ses ayants-droit ainsi que les cotisations spéciales destinées à des organismes techniques (ex : MUTEX).

Les ordonnateurs sont chargés de reverser les cotisations à la mutuelle.

Les collectivités avisent la mutuelle des adhérents n'émargeant plus à leur budget. Dans ces conditions, la mutuelle assurera l'appel de cotisation directement auprès des adhérents concernés.

Les agents en disponibilité, les membres extérieurs et retraités autorisent la mutuelle à procéder au prélèvement automatique mensuel de leur cotisation sur leur compte dans tout établissement financier. Ils peuvent aussi régler leur cotisation par espèces ou par chèque bancaire ou postal ou tout autre moyen de paiement.

En cas de situation particulière empêchant le versement de la cotisation, l'adhérent doit impérativement prendre contact avec les services administratifs de la mutuelle pour définir, d'un commun accord, les modalités qui lui permettront de s'acquitter de sa cotisation. Dans ce cas les frais sont imputés à l'adhérent.

Article 23 : MODALITE DE REGULARISATION DES COTISATIONS

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

Les régularisations sur cotisations ne peuvent remonter à plus d'un an, qu'elles soient en faveur de l'adhérent ou de la mutuelle.

Article 24 : CHANGEMENT DE FORMULE DE COTISATION

Seuls sont autorisés les changements vers les formules supérieures. Cela signifie de la formule MUT 1 vers la formule MUT 2, de la formule MUT 2 vers la formule MUT 3.

Le conseil d'administration accepte d'étudier, à titre tout à fait exceptionnel, le cas des adhérents en précarité financière qui seraient obligés de réduire leur niveau de couverture.

Cette demande doit être formulée auprès du Président.

CHAPITRE 3 OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Article 25 : DELAI DE FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 1 an à compter de la date de remboursement par la caisse de sécurité sociale pour les prestations à sa charge ou de l'événement générateur de prestations.

Article 26 : PRESTATIONS

Les prestations et avantages accordés par la mutuelle sont fonction du choix effectué lors de l'adhésion pour l'adhérent lui-même et pour ses bénéficiaires. Elles sont versées en complément de la sécurité sociale.

Le tableau de prestations figure à l'annexe 2.

Les prestations, dont la liste suit, sont celles qui font l'objet de règles particulières d'attribution lorsque ces dernières sont prévues dans la formule choisie.

Toutefois, la mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- les transports effectués en véhicules sanitaires terrestres ou en taxi, à l'exception des transports d'urgences.

I – OPTIQUE MEDICALE

Pour les formules MUT 1, MUT 2 et MUT 3, pour les lunettes complètes, remboursement dans la limite d'un forfait par année civile, par bénéficiaire selon la date de facturation.

Dans le cas d'une monture seule ou d'un verre seul, le forfait attribué vient en déduction et dans la limite du forfait global annuel.

Le montant des remboursements est détaillé dans le barème des prestations.

II – CURE THERMALE

Le forfait cure est versé sur présentation des justificatifs de dépenses restant à charge après intervention éventuelle de la sécurité sociale pour l'hébergement et le transport.

III – APPAREILLAGE

La prestation versée au-delà du tarif de responsabilité de la sécurité sociale concerne :

Pour le petit appareillage :

Bandages herniaires
Orthèses plantaires,
Coques talonnières,
Orthèses élastiques de contention,
Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques,
Colliers cervicaux,
Appareils de correction orthopédique,
Chaussures thérapeutiques (CHTS),
Vêtements compressifs pour grands brûlés,
Prothèses mammaires,
Prothèses capillaires.

Pour le grand appareillage : Tous les articles figurant au chapitre « Grand appareillage » du tarif de responsabilité de la sécurité sociale.

IV – HOSPITALISATION

Suppléments d'honoraires chirurgicaux :

Il est attribué lors d'un dépassement d'honoraires, dans le cadre d'un acte chirurgical (au moins égal à KCC 10) effectué en établissement ou au cabinet médical sur présentation de justificatifs.

Forfait journalier :

Il est limité à :

- 90 jours pour les formules MUT 2 et MUT 3, par année civile par bénéficiaire en maison de convalescence, repos, cure thermale, psychiatrie et moyen séjour,
- 30 jours, dans les mêmes conditions, pour la formule MUT 1.

Chambre particulière :

Elle est limitée à :

- 16 jours par année civile par bénéficiaire

Le montant du remboursement est détaillé dans le barème des prestations.

Personne accompagnante :

Prise en charge uniquement dans le cas de l'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans, inscrit à la mutuelle, dans la limite de 7 jours par année civile par bénéficiaire.

V – PREVENTION

Forfait d'ostéodensitométrie :

Attribution d'un forfait annuel pour l'examen de mesure de la densité osseuse dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose, non remboursable par la sécurité sociale (acte hors nomenclature).

Vaccins :

Attribution d'un forfait annuel (pour vaccin par injection ou voie orale).

VI – INDEMNITES JOURNALIERES

En cas de maladie entraînant la perte partielle ou totale du traitement de l'adhérent : attribution d'une prestation en espèces égale à 20 % des émoluments afférents à son indice jusqu'au plafond de la sécurité sociale et 10 % des émoluments dépassant ce plafond. Cette prestation est versée dans la limite de 360 jours au cours des 36 derniers mois. Une reprise de travail pendant un an est nécessaire pour pouvoir y prétendre à nouveau.

VII – ALLOCATION ET SECOURS

Des secours exceptionnels pris sur le budget de fonds social 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.

Dans le cas du décès d'un adhérent laissant à charge un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans, il sera versé à la personne ayant la charge effective de l'orphelin et jusqu'à ses 18 ans révolus, une allocation forfaitaire annuelle sur présentation :

- d'un justificatif de vie, à produire chaque année,
- d'une copie du livret de famille.

VIII – ALLOCATION OBSEQUES

Attribution d'une allocation à la personne justifiant de la dépense engagée y compris dans le cas où l'adhérent avait souscrit une « convention obsèques ».

Les situations particulières pourront être examinées par le conseil d'administration dans le cadre du budget fonds social.

IX – FORFAIT MATERNITE

Pour chaque naissance déclarée à l'Etat Civil, il est accordé au père ou à la mère mutualiste une allocation forfaitaire. Le droit à l'allocation naissance est ouvert en cas d'adoption plénière. Dans tous les cas, l'enfant doit être inscrit à la mutuelle dès sa naissance ou dès son arrivée au foyer.

X – PRET SANTE

Un prêt santé peut être consenti à l'adhérent pour l'aider à financer le règlement d'une dépense de santé restant à sa charge après intervention du régime obligatoire d'Assurance maladie et de la mutuelle au titre des prestations statutaires.

Ce prêt est accordé par une commission constituée d'Administrateurs dans le respect des conditions générales du contrat. Les conditions d'ouverture de droits sont celles applicables aux droits aux prestations maladie et sociale de la mutuelle au jour de la demande.

Les frais engagés doivent obligatoirement concerner l'adhérent ou l'un de ses ayants droit couvert par la mutuelle. L'adhérent ne peut obtenir qu'un seul prêt santé à la fois. La constitution d'un nouveau dossier est possible dès lors que le précédent prêt est définitivement soldé.

Une enveloppe budgétaire d'un montant de 18 000 euros est votée par l'Assemblée Générale.

Le dossier de demande de prêt doit comprendre obligatoirement :

- la demande de prêt,
- le devis des frais à engager devra être présenté dans un délai de 15 jours suivant son établissement,
- une autorisation de prélèvement bancaire,
- une attestation précisant les engagements de l'adhérent en cas de rupture de son affiliation à la mutuelle,
- deux exemplaires du contrat fixant les conditions générales du prêt.

Son montant maximum : 1 800 euros, est fixé par l'assemblée générale et ne peut dépasser la dépense réelle engagée déduction faite des remboursements du régime obligatoire, de la mutuelle et organismes divers. Le prêt ne peut être inférieur à 150 euros. Il est souscrit pour une durée maximale de 24 mois.

Le remboursement s'effectue par prélèvements bancaires mensuels :

- le premier versement intervient au 10 du mois suivant la remise du prêt.

En cas de démission, mutation ou radiation de la mutuelle, l'adhérent s'engage à rembourser l'intégralité des sommes dont il resterait redevable et ce, en un seul versement.

Les opérations du service de prêt font l'objet de comptes séparés, vérifiés par la commission de contrôle et les résultats annuels sont intégrés dans la comptabilité générale de la mutuelle.

Article 27 : **MODIFICATION DU TAUX DE REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE**

En cas de modification des taux de remboursement de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale, les nouveaux tarifs ne seront pris en référence par la Mutuelle et mis en vigueur qu'après décision du Conseil d'Administration soumise à la ratification de l'Assemblée Générale.

Article 28 : **STAGES**

Le droit aux prestations prend effet dans un délai de :

- six mois après l'affiliation pour les prothèses dentaires, les frais d'hospitalisation, l'optique médicale, la cure thermale, l'allocation obsèques, l'allocation naissance et les indemnités journalières .
- trois mois après l'affiliation pour les autres prestations (l'affiliation est immédiate pour les moins de 30 ans).

L'observation de ces délais n'est toutefois pas applicable aux adhérents précédemment affiliés à une autre mutuelle, pour peu qu'il n'y ait pas d'interruption entre la radiation de la précédente mutuelle et l'affiliation à la présente mutuelle.

Exception à cette clause :

Pour toute adhésion, le stage de six mois est obligatoire pour les indemnités journalières mutuelle dès

RNM : 781 123 229

lors que le précédent contrat ne prévoyait pas cette nature de prestation – s'applique également aux bénéficiaires à charge (conjoint, enfant) qui deviennent salariés.

Article 29 : MAXIMUM DU REMBOURSEMENT

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 30 : MAXIMUM DES PRESTATIONS EN ESPECES

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Article 31 : SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclus la part d'indemnités, 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 verse 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.

#####

RNM : 781 123 229