

MUTIEG :

mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Registre National de la Mutualité. Siren n° 419 049 499.

ARTICLE 1.

Le présent règlement a pour objet, en application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 5 des statuts de MUTIEG, de définir le contenu et la durée des engagements existants entre les membres participants, personnes physiques, et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

TITRE I - BENEFICIAIRES

ARTICLE 2. Les membres participants

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Peuvent bénéficier du présent règlement les membres participants régulièrement inscrits à la mutuelle.

ARTICLE 3. Les ayants droit

Peuvent également bénéficier du présent règlement et ont la qualité d'ayant droit les personnes physiques définies ci-après :

- le conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS du membre participant à charge ou non au sens de l'Assurance Maladie.
- les enfants à charge du membre participant ou de son conjoint ou concubin au sens de l'Assurance Maladie.
- les enfants du membre participant ou de son conjoint ou concubin, âgés de moins de 26 ans poursuivant leurs études.
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin inscrits sous leur numéro de Sécurité Sociale, sous contrat d'apprentissage, de qualification, d'orientation (y compris local), d'emploi-solidarité, en recherche d'emploi ou inscrits à l'ANPE s'ils ont moins de 26 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC.
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnu au sens de l'article 169 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale et ce sans limite d'âge.
- les ascendants à charge du membre participant ou de son conjoint ou concubin au sens de l'Assurance Maladie.
- toute personne à charge du membre participant ou de son conjoint ou concubin au sens de l'Assurance Maladie.
- toute personne à charge d'un enfant inscrit du membre participant, de son conjoint ou concubin au sens de l'Assurance Maladie.

ARTICLE 4. Bénéficiaires

Les membres participants définis à l'article 2 et les ayants droit définis à l'article 3 sont désignés pour les branches 1 et 2 sous le terme bénéficiaires.

ARTICLE 5. Répartition des bénéficiaires

Les bénéficiaires se répartissent selon les catégories suivantes :

Catégories individuelles

1/ Membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electrique et Gazière et de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ou de son équivalent mis en place pour les retraités :

- Option 1 SODELI
- Option 2 CORT

2/ Membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electrique et Gazière et pas de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ou de son équivalent mis en place pour les retraités :

- Socle [fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011]
- Accès [fermée aux nouvelles adhésions au 01/01/2009]
- Souplesse [fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011]

- Equilibre « IEG » [fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011]
- Confort « IEG » [fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011]
- Ain 3ème niveau [fermée aux nouvelles adhésions au 01/01/2009]

3/ Membres participants conjoints d'un agent actif ou retraité des IEG, ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electrique et Gazière mais garantis par un premier régime complémentaire à la Sécurité Sociale, conjoints de salariés ou de retraités des Industries Electrique et Gazière :

- Equilibre régime 2[réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG]
- Confort régime 2[réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG]

4/ Membres participants ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electrique et Gazière pour lesquels MUTIEG intervient comme premier régime complémentaire à la Sécurité Sociale:

- Equilibre régime AM (conjoints de salariés ou de retraités des Industries Electrique et Gazière)
- Confort régime AM (conjoints de salariés ou de retraités des Industries Electrique et Gazière)
- Oxygène Option 1 et 2
- Essentiel Option 1 et 2
- Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Sortie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire
Les conditions d'accès et la grille des prestations de chaque catégorie sont précisées dans un document joint au bulletin d'adhésion.
Catégories ouvertes dans le cadre d'opérations collectives
Les conditions d'accès et la grille des prestations sont précisées en annexe du contrat et dans une notice d'information.

TITRE II - ADHESION-MUTATION- RESILIATION

ARTICLE 6. Adhésion en catégorie individuelle

6-1. L'adhésion du membre participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli auquel peut être joint un mois de cotisation.

Le bulletin précise la catégorie.

6-2. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois en cours si le dossier complet comprenant nécessairement le bulletin d'adhésion et, éventuellement, la première cotisation, le certificat de radiation, l'autorisation de prélèvement des cotisations sur compte bancaire accompagné d'un RIB parvient à la mutuelle avant le 10 du mois considéré ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1er jour du mois suivant.

ARTICLE 7. Adhésion dans le cadre d'une opération collective

7-1. Nombre minimum de membres participants pour une opération collective :

Le nombre minimum de membres participants pour une opération collective est fixé à 3. Il peut être fait exception à cette règle lorsque la personne morale concernée souscrit parallèlement un contrat collectif de prévoyance proposé par MUTIEG en tant qu'intermédiaire ou demande son adhésion dans le cadre d'un accord collectif de branche professionnelle.

7-2. Contrat

Toute adhésion dans le cadre d'une opération collective fait l'objet d'un contrat écrit et signé entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Le contrat prévoit les conditions dans lesquelles est maintenue la possibilité d'adhésion pour les retraités, les invalides, les ayants droit d'adhérents décédés et les licenciés économiques conformément à l'article 4 de la loi «Evin» du 31/12/1989.

ARTICLE 8. Conditions d'âge à l'adhésion

Les membres participants adhérant dans une catégorie individuelle doivent être âgés lors de l'adhésion initiale de :

- Moins de 75 ans pour les catégories Souplesse, Equilibre et Confort
- La catégorie Accès est réservée aux membres participants âgés de moins de 31 ans.
- Moins de 65 ans pour les catégories Oxygène et Essentiel.
- Sans limite d'âge pour les autres garanties.

Il n'est pas fait application de ces limites d'âge à partir du 01/10/2010 jusqu'au 30/06/2012.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent devenir, à leur demande, membre participant sans l'intervention de leur représentant légal.

Pour les membres participants adhérant dans le cadre d'une opération collective, les limites d'âge éventuelles sont spécifiées dans le contrat écrit et signé entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

L'âge est défini par la différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

ARTICLE 9. Mutations internes

9-1. Mutation d'une catégorie collective à une catégorie individuelle : Tout membre participant quittant un groupe inscrit dans le cadre d'une opération collective peut maintenir son affiliation dans le cadre d'une catégorie individuelle ouverte à tout bénéficiaire ou dans le cadre d'une catégorie individuelle correspondant à sa situation au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electrique et Gazière.

9-2. Mutation d'une catégorie individuelle à une autre catégorie individuelle : La demande doit être effectuée par écrit au siège de la Mutuelle.

La mutation aura pour date d'effet le 1er jour du trimestre civil suivant la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

La mutation est impossible si la date d'adhésion du membre participant et la date d'effet de la mutation impliquent que le droit aux prestations tel que défini à l'article 15.3 n'est pas ouvert dans la nouvelle garantie demandée.

Après une première mutation, aucune autre mutation ne pourra être effectuée pendant une période de 2 ans.

Par exception aux deux alinéas précédents, lorsque la demande est justifiée par la modification de la situation familiale (mariage, séparation, divorce, naissance, décès, etc.) ou professionnelle (début ou fin de chômage, retraite, etc.) ou au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electrique et Gazière, la date d'effet de la modification est le 1er jour du mois suivant l'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

ARTICLE 10. Perte de la qualité du membre participant

10-1. Résiliation par le membre participant en catégorie individuelle : Le membre participant peut mettre fin à son adhésion annuellement par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année sous réserve de l'application de la loi n° 2005-67.

Le membre participant qui renonce à sa résiliation doit le notifier par lettre à l'adresse de la Mutuelle avant le 31 mars de l'année suivant sa radiation, le cachet de la poste faisant foi.

Son adhésion sera alors maintenue en continuité dans la même catégorie et avec les mêmes ayants droit qu'antérieurement à sa résiliation.

La modification éventuelle de la catégorie d'affiliation suivra les dispositions de l'article 9.2. La modification éventuelle des ayants droit suivra les dispositions de l'article 14.2.

La demande d'une date d'effet différente du 1er janvier ainsi que la demande effectuée à une date ultérieure au 31 mars seront considérées comme une nouvelle adhésion pour laquelle le droit aux prestations sera nécessairement soumis aux délais prévus à l'article 15.3.

10-2. Résiliation par le membre participant dans le cadre d'une opération collective à caractère facultatif :

Les conditions de résiliation sont inscrites dans le contrat écrit et signé entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

10-3. Résiliation par la personne morale dans le cadre des opérations collectives :

La personne morale souscriptrice d'un contrat écrit et signé peut mettre fin au contrat dans les conditions prévues à celui-ci.

10-4. Résiliation liée aux conditions d'adhésion en catégorie individuelle : Lorsque le membre participant a informé la mutuelle par écrit qu'il

ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa catégorie individuelle, du fait d'un changement de domicile, d'un changement de profession, du départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, la mutuelle lui propose une mutation dans une autre catégorie individuelle telle que définie à l'article 5. Catégories individuelles.

Sont notamment concernés les membres participants des catégories SODELI et CORT, notamment lorsqu'ils quittent les Industries Electrique et Gazière ou font valoir leurs droits à la retraite.

Le refus par le membre participant de la proposition vaut résiliation de sa part avec comme date d'effet le dernier jour du mois suivant son premier courrier. Dans ce cas, le membre participant sera remboursé de la fraction de cotisation déjà réglée pour la période à compter de la date d'effet de la résiliation.

10-5. Radiation pour non paiement des cotisations :

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la mutuelle.

Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard six mois après l'échéance ayant donné lieu à la mise en demeure.

Lorsque le paiement n'intervient pas dans le délai de six mois après la date d'échéance pour laquelle a été effectuée la mise en demeure, l'adhérent ainsi que les dits bénéficiaires éventuellement inscrits sur son dossier seront radiés avec pour date d'effet la date d'échéance majorée de 6 mois. Il ne sera alors pas fourni de certificat de radiation.

10-6. Radiation pour non paiement des cotisations dans le cadre des opérations collectives :

Les conditions de radiation pour non paiement des cotisations dans le cadre d'opérations collectives sont définies dans le contrat écrit et signé entre la personne morale et la mutuelle.

ARTICLE 11. Adhésion des ayants droit

11-1. L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle du membre participant est concrétisée par le même bulletin d'adhésion que celui visé au 6.1. L'article 6.2. s'applique de la même façon.

Pour les garanties Option 1 SODELI, Option 2 CORT, Equilibre « IEG », Confort « IEG », Socle et Souplesse, les ayants droit doivent obligatoirement justifier de leur affiliation à la CAMIEG. Pour les garanties Option 1 SODELI et Option 2 CORT, les ayants droit sont les mêmes que ceux du dossier de l'ouvrant droit au titre de la CSM ou de la CSMR.

11-2. L'adhésion d'un ayant droit postérieurement à celle du membre participant est concrétisée par une fiche de modification correctement et complètement remplie et signée par le membre participant auquel doit être joint le cas échéant le supplément de cotisation correspondant. La date d'effet est régie par l'article 6.2.

Cependant, en cas de naissance, la date d'effet de l'adhésion sera :

- le 1er jour du mois de naissance lorsque l'inscription du nouveau-né ne modifie pas le montant de la cotisation mensuelle du membre participant ;

- le 1er jour du mois de naissance avec paiement de la cotisation mensuelle complète ou le 1er jour d'un des 3 mois suivant la naissance lorsque l'inscription du nouveau-né modifie la cotisation mensuelle du membre participant. Le choix de la date d'effet relève alors du membre participant.

11-3. L'adhésion des éventuels ayants droit est nécessairement effectuée dans la même catégorie que celle du membre participant.

ARTICLE 12. Conditions d'âge à l'adhésion des ayants droit

Les conditions d'âge prévues à l'article 8 s'appliquent lors de l'adhésion d'un ayant droit. Il n'est pas fait application de ces limites d'âge à partir du 01/10/2010 jusqu'au 31/12/2011.

ARTICLE 13. Mutations internes des ayants droit

Les mutations des ayants droit suivent les règles applicables à l'article 9.

ARTICLE 14. Perte de la qualité d'ayant droit

14.1 Lorsque le membre participant perd cette qualité conformément à l'article 10, ses ayants droit perdent simultanément la qualité de bénéficiaires.

14.2. Le membre participant peut mettre fin à l'adhésion d'un de ses ayants droit, annuellement, par lettre recommandée, avec accusé de réception, à la Mutuelle au moins 2 mois avant le 31 décembre de l'année.

14.3. Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait d'un changement lié à sa vie professionnelle, son âge, son lien familial avec le membre participant ou au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electrique et Gazière, la date d'effet de la modification est celle du changement si le membre participant informe la mutuelle dans les trois mois suivant l'événement et la Mutuelle peut lui proposer de devenir membre participant.

L'acceptation est matérialisée par une notification écrite du bénéficiaire concerné, adressée à la Mutuelle et éventuellement accompagnée du 1er mois de cotisation correspondante.

14-4. Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait du décès du membre participant, la Mutuelle lui propose de devenir membre participant, l'acceptation étant matérialisée comme à l'article 14.3.

TITRE III - PRESTATIONS

ARTICLE 15. Ouverture du droit aux prestations

15-1. La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de l'acte médical portée sur le décompte du régime obligatoire d'Assurance Maladie ou à défaut, sur la facture ou la note d'honoraires.

15-2. Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de radiation. Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différente de la date des soins définie ci avant, et est postérieure à la date d'adhésion ou de fin de stage et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

15-3. Le droit aux prestations est ouvert :

* Pour les bénéficiaires des garanties Accès, Souplesse, Equilibre « IEG », Confort « IEG », Equilibre régime 2, Confort régime 2 :

- 3 mois après la date d'effet de l'adhésion pour les soins liés à l'hospitalisation médicale, ou chirurgicale ainsi que pour la chirurgie correctrice de l'œil ;
- 6 mois pour les prothèses dentaires, les implants dentaires, les couronnes sur implants, les couronnes et stellites provisoires, l'orthodontie, la parodontologie, les prothèses auditives, l'orthopédie, les orthèses et prothèses médicales et les véhicules et prestations spécifiques pour les personnes en situation de handicap ;
- 12 mois pour les prestations de cure thermale et les séjours en établissement sanitaire ;
- à la date de prise d'effet de l'adhésion pour toutes les autres prestations.

* Pour les bénéficiaires des garanties Oxygène Option 1 et 2, Essentiel Option 1 et 2, Equilibre régime AM, Confort régime AM :

- 3 mois après la date d'effet de l'adhésion pour les soins courants, l'optique, les soins dentaires, les vaccins et l'aide-ménagère-travailleuse familiale ;
- 6 mois pour les autres prestations.

* Pour les bénéficiaires des garanties: Option 1 SODELI, Option 2 CORT :
- à la date d'effet de l'adhésion pour les bénéficiaires de la CSM, à la date d'effet de l'ouverture du droit aux prestations de la CSMR pour les retraités.

A compter du 01/05/2010 jusqu'au 30/06/2012, il n'est pas fait application des délais prévus à cet article.

15-4. Le droit aux prestations est ouvert à la date de prise d'effet de l'adhésion si celle-ci intervient dans la première année d'embauche dans les Industries Electrique et Gazière.

15-5. Lorsque le membre participant fournit un certificat de radiation d'un autre organisme dans les trois mois suivant celle-ci, le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion.

15-6. L'ouverture des droits définis à l'article 6 ci-dessus s'entend pour les prestations précédemment garanties et dans la limite de leur montant antérieur.

15-7. Les règles de mutation telles que définies à l'article 9 donnent lieu à ouverture des droits de la nouvelle garantie à la date d'effet de celle-ci.

Il en est de même pour les ayants droit devenus membres participants dans les conditions des articles 14-3 et 14-4, sauf interruption d'affiliation excédant 3 mois.

15-8. Les ayants droit inscrits simultanément au membre participant se voient appliquer les mêmes règles d'ouverture de droit aux prestations que celui-ci.

15-9. Les ayants droit inscrits postérieurement au membre participant se voient appliquer pour eux-mêmes les règles énoncées aux § 15-1 à 15-7.

15-10. L'ayant droit nouveau né bénéficie de l'ouverture des droits à la date d'effet de son adhésion intervenue dans les conditions de l'article 11-2.

ARTICLE 16.

16-1. Conformément à 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.

16-2. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

16-3. Ne font pas l'objet de prestations complémentaires au titre du ticket modérateur les remboursements assumés à 100 % du tarif de responsabilité par l'Assurance Maladie.

16-4. Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la catégorie.

16.5. La participation de la mutuelle en optique est liée à la présentation du remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie pour les verres et les montures.

16-6. La participation de la mutuelle est limitée à deux actes par année civile et par bénéficiaire pour les verres et les montures d'une part, pour les lentilles correctrices non jetables d'autre part.

16-7. Les prestations spécifiques pour personnes en situation de handicap sont versées après communication à la mutuelle d'une copie de la carte d'invalidité faisant apparaître un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% déterminé par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elles sont étendues aux bénéficiaires pour lesquels le bureau a donné son accord après proposition de la commission d'entraide sociale.

ARTICLE 17. Versement des prestations

17-1. Les prestations sont réglées sur présentation des décomptes originaux délivrés par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie et/ou par les organismes gestionnaires d'une garantie complémentaire complétés, le cas échéant, par les justificatifs mentionnés sur le document « justificatifs à fournir » en vigueur tel que communiqué annuellement à l'adhérent.

17-2. Les prestations sont payées exclusivement par virement ou, le cas échéant, par chèque.

17-3. Elles sont versées sur le compte de l'ouvrant droit pour tous les bénéficiaires de l'adhésion sauf si l'un de ceux-ci, âgé de plus de 16 ans, demande à les recevoir individuellement.

17-4. Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé de périodicité mensuelle en cas d'envoi par voie postale ou à un relevé quotidien lorsque l'adhérent a choisi l'envoi par Internet.

17-5. Pour être recevable, toute demande de prestation doit être présentée dans un délai de deux ans à compter de la date d'émission du décompte par l'organisme d'assurance maladie.

Pour les actes hors nomenclature, le délai est de deux ans par rapport à la date des soins.

En cas de résiliation de l'adhésion, ce délai est ramené à deux mois.

17-6. Le délai de réclamation est de deux ans après la date d'émission par la mutuelle du relevé de prestations.

ARTICLE 18. Définition des prestations

La nature des prestations fournies aux bénéficiaires de la mutuelle comporte les rubriques ci-dessous au titre des branches 1 et 2.

- | | |
|--|---|
| <p>*Soins courants</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultations, visites, actes en K, actes techniques médicaux, radiologie et autres actes d'imagerie • auxiliaires médicaux • pharmacie • analyses et prélèvements • pack prévention <p>*Appareillage</p> <ul style="list-style-type: none"> • auditif, orthopédique • optique • autres appareillages <p>*Art dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • soins dentaires • prothèses • orthodontie • autres : parodontologie, implants, inlay/onlay, etc. | <p>*Hospitalisation médicale ou chirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • frais de séjour, de salle d'opération, honoraires • chambre particulière • frais d'accompagnant • transport • forfait journalier <p>*Autres prestations</p> <ul style="list-style-type: none"> • cure thermale y compris un forfait pour le transport et l'hébergement • vaccins • aide ménagère, travailleuse familiale • pilule contraceptive dite de troisième génération |
|--|---|

Chaque catégorie donne lieu à une grille de prestations jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion pour les opérations individuelles et fournie en annexe au contrat et dans une notice d'information pour les opérations collectives.

Les actes de la nouvelle nomenclature CCAM (classification Commune des Actes Médicaux) sont remboursés selon les taux de prise en charge attribués aux actes correspondants de l'ancienne NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et du CDAM (Catalogue des Actes Médicaux). La prise en charge est calculée sur la « base des remboursements » (codes de regroupement x codes modificateurs) transmise par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

TITRE IV - COTISATIONS

ARTICLE 19.

19-1. Pour les opérations individuelles, le montant de la cotisation mensuelle est fixé annuellement par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

L'Assemblée Générale peut déléguer ce pouvoir au Conseil d'Administration pour une durée maximum d'un an renouvelable.

19-2. Pour les opérations collectives, le montant de la cotisation mensuelle est fixé annuellement par l'Assemblée Générale de la mutuelle, en conformité, le cas échéant, avec les décisions des commissions de suivi paritaires de l'entreprise et/ou de la branche concernée.

19-3. Les cotisations des membres participants en catégories individuelles sont dues mensuellement et d'avance.

19-4. Les modalités de versement des cotisations dans le cadre d'opérations collectives sont prévues dans le contrat écrit et signé entre la personne morale et la mutuelle.

19-5. En cas de décès d'un bénéficiaire, les cotisations perçues au titre de périodes mensuelles ultérieures à l'événement sont remboursées.

19-6. Pour les membres honoraires, personnes physiques, la cotisation minimale annuelle est annexée avec le tableau des cotisations en vigueur.

19-7. Lorsqu'une modification de la cotisation due par l'adhérent est consécutive à un changement de tranche d'âge, la nouvelle cotisation est perçue à partir du 1er jour du mois suivant son anniversaire.

19-8. Lorsque la cotisation tient compte de son revenu, l'adhérent est tenu de porter à la connaissance de la mutuelle les éléments permettant d'en valider le montant dans les 2 mois suivant la demande de celle-ci. A défaut, il est fait application de la cotisation la plus élevée à effet du 1er avril de l'exercice.

19-9. Lorsqu'une modification de la cotisation due par l'adhérent est consécutive à un changement de la catégorie d'adhésion ou à la perte de la qualité d'ayant droit telle que prévue à l'article 14, la mutuelle procède à la régularisation des cotisations. Celle-ci peut être effectuée, à la demande de l'adhérent, pour une période antérieure à la date de réception de l'information pour une période limitée à 1 an.

TITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 20. Subrogation

La mutuelle 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 due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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.

TITRE VI - AUTRES GARANTIES INCLUSES

ARTICLE 21. MUTIEG Services

21-1. Sauf stipulation contraire dans le tableau des garanties, les bénéficiaires de la mutuelle, ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'assistance familiale. Cette garantie est souscrite auprès de Mondial Assistance.

21-2. Cette garantie intervient pour les conséquences soudaines d'accident ou de maladie non prévue et non chronique.

21-3. Mondial Assistance doit être contacté avant la fin de la maladie ou de l'hospitalisation, pour que les garanties soient acquises dès le premier jour de leur mise en œuvre.

21-4. Les prestations sont les suivantes :

- Assistance Hospitalisation
Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants, garde ou transport d'ascendants résidant sous le même toit, garde d'animaux familiers d'espèce courante, aide ménagère.
- Assistance informations médicales
En cas d'accident ou de maladie subite à domicile, recherche d'un médecin, transport à l'hôpital, recherche d'un médicament.
- Assistance informations pratiques

Renseignement sur de nombreux domaines de la vie quotidienne.

21-5. Une description complète de la garantie est fournie lors de l'adhésion à la mutuelle.

TITRE VII -

MODIFICATIONS DU PRESENT REGLEMENT - INFORMATIONS

ARTICLE 22.

22-1. Modification du présent règlement

Les statuts et le présent règlement ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

22-2. Information des membres participants

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, les statuts et le présent règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques.

En cas de modification du présent règlement, le membre participant est informé des modifications survenues par un envoi postal ou électronique.

22-3. Modifications de la Législation Sociale.

Le présent règlement est établi en fonction de la Législation sociale en vigueur lors de l'Assemblée Générale la plus proche du début de l'exercice qu'il concerne. Il peut être modifié pour ne pas enfreindre les dispositions légales et/ou réglementaires intervenant postérieurement. Il en va notamment ainsi en cas de précision intervenant sur le contenu des contrats responsables prévus à l'article 57 de la loi 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

22-4. Information de la Mutuelle

Le membre participant inscrit au titre des opérations individuelles informe la mutuelle des modifications intervenues dans sa situation familiale et/ou professionnelle dans le délai d'un mois après la modification. En cas de non respect de ce délai, la modification est enregistrée sans que ses conséquences ne puissent produire d'effet au delà d'un an avant la date de réception de l'information.