



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, et de l'article 3 des statuts de la Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations annexes (MCVPAP), Mutuelle relevant du Livre II du code de la mutualité, domiciliée 52 rue de Sévigné 75003 PARIS, n° SIREN 784 227 894. Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle. Les annexes jointes font partie intégrante du présent règlement.

Modifié par l'Assemblée Générale du 16/11/2021

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1- OBJET ET FORMATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier le membre participant :

- de prestations santé complémentaires ou non au régime obligatoire, selon le module ou la couverture choisie.
- de prestations annexes telles que prévues au présent règlement mutualiste.
- de services mutualistes, dans des conditions définies ci-après.

Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements existant entre chaque membre participant qui adhère au présent règlement et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

En application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La signature du bulletin d'adhésion, vaut acceptation des conditions d'adhésion à la Mutuelle Complémentaire. L'adhésion individuelle à la Mutuelle dont les conditions sont fixées à l'article 6 des statuts emporte acceptation des statuts et du présent règlement et de ses annexes par le membre participant et ses ayants droit.

Le choix d'un module, d'une couverture s'applique au membre participant et à ses ayants droit.

Le choix d'un module, d'une couverture peut être modifié dans les conditions spécifiées à l'article 8-3 du présent règlement.

Avant toute adhésion le futur membre reçoit de la mutuelle :

- un bulletin d'adhésion,
- les statuts de la mutuelle,
- le règlement mutualiste et ses annexes,
- un document d'information normalisé sur le règlement mutualiste et les garanties souscrites.

L'adhésion prend effet le premier du mois suivant le jour de réception du bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces

suivantes :

- La copie d'un document officiel justificatif d'identité avec photo en cours de validité pour le membre participant et toutes les personnes bénéficiaires,
- La copie de l'attestation vitale actualisée et celles des autres personnes bénéficiaires,
- La copie de la dernière fiche de paye ou justificatif de ressources ou de situation professionnelle (arrêté administratif...),
- Un certificat de scolarité pour les étudiants,
- Un relevé d'identité bancaire,
- Le certificat de radiation si un contrat complémentaire santé était souscrit auprès d'un autre organisme et a déjà fait l'objet d'une résiliation par le futur membre participant.
- L'autorisation de précompte complétée et signée,
- Le mandat SEPA complété et signé,
- Le paiement de la première cotisation.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle est concomitante à la dénonciation d'une adhésion ou à la résiliation d'un contrat auprès d'un autre organisme assureur, la date de prise d'effet de l'adhésion correspond à la date de dénonciation ou de résiliation de l'adhésion ou du contrat auprès de l'autre organisme assureur ; la mutuelle s'assurant de la continuité de la couverture du membre participant et de ses ayants droit.

L'adhésion à la mutuelle ne peut prendre effet avant la prise d'effet de la dénonciation de l'ancienne adhésion ou la résiliation de l'ancien contrat auprès de l'ancien organisme assureur.

Le ou les courriers émanant de la Mutuelle pourront éventuellement être transmis par voie électronique, si le Membre Participant en a donné son accord sur le bulletin d'adhésion. Le Membre Participant peut, à tout moment, s'opposer à l'utilisation par la Mutuelle de la voie électronique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des relations contractuelles.

II - DURÉE DU CONTRAT

2-1 Il est conclu pour une durée de 1 (un) an, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Il est reconduit de plein droit par tacite reconduction par période annuelle sauf :

- dénonciation par le membre participant moyennant le respect d'un délai de préavis

de deux mois avant la date d'échéance en adressant à la mutuelle une notification par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité,

- ou dénonciation ou résiliation dans les conditions prévues aux articles 2-2, 2-3, 4-6 et 8-4.

2-2 DÉNONCIATION DE L'ADHÉSION

Tant que la durée d'adhésion à la mutuelle est inférieure à un an, le membre participant peut dénoncer son adhésion à l'échéance annuelle, (soit pour le 31 décembre) moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, le membre participant peut dénoncer son adhésion à la Mutuelle à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de son adhésion, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

La notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

2-3 DÉLAI DE DÉNONCIATION—INFORMATION ANNUELLE

La date limite du droit d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Le membre participant est informé dans cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant

la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction par lettre ou par tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

III - CONDITIONS D'ADHÉSION

3-1 Conformément à l'article 6 des statuts, pour bénéficier des prestations de la Mutuelle Complémentaire, il faut avoir adhéré à la mutuelle en qualité de membre participant ou avoir la qualité d'ayant droit du membre participant.

Les ayants droit sont définis à l'article 5-2 des statuts de la Mutuelle.

3-2 – DÉLAI DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré au règlement dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir :

- soit le jour où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet,
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations prévues aux articles L.222-6 du Code de la Consommation et L.221-18 du Code de la Mutualité et le document d'information normalisé sur le règlement mutualiste, si la date de réception de ces éléments est postérieure au jour où le membre participant est informé que l'adhésion a pris effet.

La Mutuelle est tenue de rem-

bourser au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours calendaires à compter de la réception de la demande, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application de l'adhésion, à l'exception du paiement proportionnel du service financier effectivement fourni et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Au-delà du délai de trente jours, la somme due est de plein droit productive d'intérêts.

Le fait de demander à la mutuelle le paiement d'une prestation pendant le délai de renonciation vaut demande du membre d'exécuter le contrat avant le terme du délai de renonciation et le membre participant ne peut plus se prévaloir auprès de la mutuelle de la possibilité d'une renonciation. La cotisation est alors due par le membre participant jusqu'à la date d'échéance de son adhésion au règlement mutualiste.

Modèle de lettre de renonciation à adresser à MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE VP AP – 93545 BAGNOLET CEDEX

Nom – Prénom

Adresse

Je soussigné(e), (nom – prénom)

N° de sécurité sociale :

Déclare renoncer à l'adhésion à la MCV PAP que j'avais acceptée le (préciser la date)

Fait à, le (date)

Signature

IV- LES COTISATIONS

4-1 MONTANT

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation mensuelle.

Le montant des cotisations est détaillé dans l'Annexe visant la catégorie dont dépend le membre participant telle que définie à l'article 5 bis des statuts.

4-1-1 MAJORATIONS DE COTISATION

La cotisation tient compte, le cas échéant, du coefficient de majoration visé dans l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n° 2011-1474.

4-2 ABATTEMENT DE SOLIDARITÉ

Le membre participant de moins de 65 ans en activité relevant des catégories 1 et 2 ayant des revenus mensuels inférieurs ou égaux au montant de l'allocation adulte handicapé en vigueur peut bénéficier, après examen du Conseil d'adminis-

tration, d'un abattement de cotisation dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée générale.

Cet abattement est accordé pour une période de 1 (un) an. Il est renouvelable sur présentation des pièces justifiant du niveau des ressources.

Le membre participant retraité des Administrations ayant cotisé pendant au moins 10 (dix) ans à la Mutuelle et ayant des revenus mensuels inférieurs ou égaux au montant de l'allocation adulte handicapé en vigueur peut bénéficier, après examen du Conseil d'Administration, d'un abattement de cotisation dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée générale.

Dans tous les cas où les membres peuvent prétendre à plusieurs abattements, seul l'abattement le plus avantageux leur sera appliqué.

4-2-1 BONIFICATION DE FIDÉLISATION

Les membres participants ayant 20 (vingt) ans d'adhésion continue à la Mutuelle au moment de leur départ à la retraite bénéficient d'une bonification de fidélisation équivalente au premier mois de cotisation en leur qualité de retraités.

4-2-2 APPLICATION DES MODULATIONS DE COTISATIONS

Les modulations de cotisations effectuées par la Mutuelle ne sont pas cumulatives. Si un membre participant relève de situations qui pourraient conduire à plusieurs abattements, c'est l'abattement le plus favorable au membre participant qui est pratiqué.

4-3 MODIFICATION AUTOMATIQUE DE LA COTISATION

Pour les catégories de membres participants dont les cotisations dépendent de la rémunération : le passage à la tranche de rémunération supérieure entraîne la modification automatique de la cotisation.

Pour les catégories de membres participants dont les cotisations dépendent de l'âge, le passage à la tranche d'âge supérieure entraîne la modification automatique de la cotisation.

4-4 PAIEMENT

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu par :

- précompte automatique individuel ou regroupé sur rémunération ou sur pension de retraite CNRACL,
- prélèvement bancaire,
- titre interbancaire de paiement (TIP).

Les règlements par chèque ou en espèces peuvent être accep-

tés à titre exceptionnel.

Sur sa demande un membre participant peut payer les cotisations d'autres membres participants ou d'ayants droit.

Les membres participants précomptés peuvent demander le regroupement de cotisations.

4-5 Conditions et modalités de modification des cotisations

L'Assemblée générale de la Mutuelle vote chaque année les cotisations applicables l'année suivante.

Cette même Assemblée peut donner pouvoir au Conseil d'Administration, conformément à l'article 20 des statuts de la Mutuelle, pour procéder à des modifications de cotisations en cours d'année si les circonstances l'exigent.

4-6 DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Conformément aux statuts de la Mutuelle et aux dispositions légales de l'Article L.221-7 du Code de la Mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou 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 ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

En cas de résiliation des garanties par défaut de paiement, le membre participant est tenu de restituer à la mutuelle sa carte mutualiste.

4-7 REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

La démission, la radiation, et l'exclusion ne donnent droit à aucun remboursement des cotisations versées, sauf cas prévus par les articles L 221-10-2 et L 221-17 du Code de la Mutualité.

4-8 FRAIS D'IMPAYÉS

Les frais bancaires d'impayés, les frais de poursuite et de recouvrement (notamment le coût de la mise en demeure envoyée par la mutuelle...) sont à la charge du membre participant.

V - LES PRESTATIONS MUTUALISTES

5-1 DÉFINITION

Les prestations sont définies dans l'annexe 2 du présent règlement mutualiste.

5-2 ÉTENDUE DES PRESTATIONS

La Mutuelle Complémentaire intervient en complément du régime obligatoire de Sécurité sociale. Les plafonds de garantie sont exprimés par référence à la base de remboursement de la sécurité sociale. La Mutuelle Complémentaire sert également d'autres prestations expressément décrites dans ce présent règlement.

Les différentes formules de la garantie frais de santé de l'offre, proposées par la mutuelle sont solidaires et responsables.

I. Solidaires

La loi qualifie une garantie santé de solidaire lorsque la mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

II. Responsables

Conformément aux dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :

- La prise en charge intégrale de la participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au 1 de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale pour les prestations couvertes par un régime obligatoire y compris les prestations liées à la prévention (cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R 160-5 du code de la Sécurité sociale).
- La prise en charge des dépenses d'accquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des frais exposés par

l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 (classe A), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article.

- Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale ;
- Les frais de soins dentaires prothétiques exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier dans les établissements hospitaliers **(étant précisé que le forfait hospitalier n'est pas pris en charge dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

Conformément à ces mêmes dispositions du code de la Sécurité sociale, en cas de prise en charge par la mutuelle, le montant des prestations versées par la mutuelle pour les garanties suivantes, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maximas fixés par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale pour :

- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5,
- Les frais exposés pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel de la classe B, c'est à dire autres que ceux à prise en charge renforcée du 100%

Santé.

- Les remboursements en optique, autres que ceux concernant les dispositifs inclus dans le 100% Santé, s'effectuent toujours dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale en fonction des corrections visuelles. Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est toujours limitée à 100 euros.
- Les frais exposés pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives autres que ceux à prise en charge renforcée du 100% santé.
- Les remboursements pour les aides auditives autres que celles concernant les dispositifs inclus dans le 100% santé s'effectuent toujours dans les limites fixées au b) 4° de l'article R871-2 du code de la sécurité sociale (soit, quelles que soient les garanties souscrites, au maximum 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° de l'article R871-2 du code de la sécurité sociale).

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité Sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- **la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,**
- **la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus),**
- **la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),**

- **tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.**

Il est à noter que le montant des prestations servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pourra varier si l'assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. **Sont exclues de la prise en charge par la Mutuelle les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements AMO en cas de non-respect du parcours de soins.**

La mutuelle communique préalablement à la souscription et annuellement aux membres participants :

- d'une part le rapport, exprimé en pourcentage entre le montant des prestations versées par la mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties,
- d'autre part le montant et la composition de ses frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes.

Ces éléments figurent en annexe au règlement mutualiste.

Les garanties en optique comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf dans les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu par le code de la Sécurité sociale –notamment pour les enfants de moins de 16 ans- ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ce délai de deux ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire pour l'assuré concerné.

Pour les dispositifs médicaux d'aide auditive, les garanties comprennent la prise en charge d'une seule aide auditive par oreille par période de quatre ans

dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Enfin la mutuelle permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

5-3 ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

Les membres participants et leurs ayants droit doivent être affiliés à un régime de la Sécurité sociale dépendant de la législation française.

L'étendue territoriale concernant les prestations de complémentarité maladie est identique à celle des prestations maladie réglées par le régime d'affiliation du membre participant.

5-4 BRANCHES 1 ET 2 : ACCIDENT ET MALADIE

Les prestations santé

Les prestations dont bénéficie le membre participant sont celles correspondant à la couverture complémentaire santé choisie parmi les différents Modules et Couverture proposés par la Mutuelle et détaillées dans le tableau des garanties annexé au présent règlement.

Les allocations journalières

La garantie Allocations journalière prend effet le jour de la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, à condition qu'à cette date le membre participant soit en activité normale de service.

Caractère obligatoire de la garantie allocations journalières

La garantie allocations journalières est **obligatoire** :

- pour tout membre participant actif, catégories 1 et 2, hors médecins vacataires, des administrations ;
- pour tout membre participant actif des catégories 1 et 2, agent de la Ville de Paris dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 et bénéficiaire de l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

La mutuelle accorde, sur demande du membre participant, **aux seuls agents de la Ville de Paris**, une dispense à la souscription de la garantie allocations journalières dès lors que le membre participant lui fournit un justificatif démontrant qu'il bénéficie d'une garantie prévoyance en cas d'incapacité de travail souscrite dans le cadre de l'article 22 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983.

Date de prise d'effet de la garantie Allocations journalières

Un membre en arrêt de travail au moment de la prise d'effet de son adhésion à la mutuelle ne bénéficie de la garantie Allocations journalières qu'au terme d'un délai de stage de 9 mois

décompté à partir de la date à laquelle il a repris son travail à temps complet et se trouve en activité normale de service.

Un membre en activité normale de service au moment de la date de prise d'effet de son adhésion à la mutuelle bénéficie de la garantie Allocations journalières après un délai de stage de 9 mois décompté à partir de la date de prise d'effet de son adhésion à la mutuelle.

Toute diminution du traitement de base d'un membre ayant débuté avant son adhésion à la mutuelle ou pendant le délai de stage n'est pas pris en charge par la mutuelle.

Le délai de stage de 9 mois n'est toutefois pas applicable aux membres participants des catégories 1 ou 2, agent de la Ville de Paris, ayant un indice brut de rémunération égal ou inférieur à 388 et bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

Contenu de la garantie Allocations journalières

Au titre de la garantie Allocations journalières, la mutuelle indemnise une diminution du traitement de base du membre participant : cette diminution devant être consécutive à une maladie ou un accident (étant précisé que ne sont pas pris en charge par la mutuelle les diminutions du traitement de base consécutives à un accident du travail, une maladie professionnelle, ou la maternité).

Le 1^{er} jour de congé de maladie ordinaire, appelé *jour de carence*, n'est pas pris en charge par la mutuelle.

En cas de diminution du traitement de base du membre par suite de maladie ou accident (hors accidents du travail, maladies professionnelles, ou maternité), et après épuisement des droits ouverts au membre participant du fait de l'adhésion de son administration employeuse à un organisme intervenant dans ce domaine, la Mutuelle garantit :

- aux membres participants actifs, catégories 1 et 2, hors médecins vacataires, des administrations dont l'indice brut de rémunération est supérieur à 388, en congé pour maladie ordinaire, en congé pour longue maladie, en congé pour maladie de longue durée ou en disponibilité d'office pour raison de santé, après expiration de leurs droits à congé maladie à plein traitement, le paiement d'une allocation garantie pendant 365 jours calendaires sur une période de trois ans.
- aux membres participants actifs des catégories 1, et 2, hors médecins vacataires des administrations dont l'indice brut de rémunération est inférieur à 388, en congé pour mala-

die ordinaire, en congé pour longue maladie, en congé pour maladie de longue durée ou en disponibilité d'office pour raison de santé, après expiration de leurs droits à congé maladie à plein traitement, le paiement d'une allocation garantie pendant 365 jours calendaires sur une période de trois ans.

- aux membres participants actifs des catégories 1 et 2, agents de la Ville de Paris dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 et bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS) en congé pour maladie ordinaire, en congé pour longue maladie, en congé pour maladie de longue durée ou en disponibilité d'office pour raisons de santé, après expiration de leurs droits à congés maladie à plein traitement, le paiement d'une allocation garantie pendant :

- 9 mois (270 jours calendaires) pour les maladies ordinaires,
- 2 ans (730 jours calendaires) pour les longues maladies,
- 3 ans (1095 jours calendaires) pour les maladies de longue durée,

Le montant de l'allocation journalière est égal à un pourcentage de rémunération mensuelle de base plus l'indemnité de résidence, utilisée pour le calcul de la cotisation de la Mutuelle, selon le Module choisi.

Un supplément journalier est également accordé au membre pour chaque enfant ayant droit mutualiste, dans la limite de 10% de la rémunération mensuelle de base plus l'indemnité de résidence, servant de calcul à l'allocation. Il est versé pendant la même durée que les allocations journalières.

Le versement d'une allocation journalière par la mutuelle est toujours subordonné à la condition suivante : le membre participant doit avoir été adhérent à la mutuelle et avoir cotisé à celle-ci au titre de la période pour laquelle il demande une indemnisation par la mutuelle. En l'absence de cette condition, son droit à prestation n'est pas né. En conséquence, en cas de fin d'adhésion du membre à la mutuelle, le versement par la mutuelle d'une allocation journalière cesse à la date de fin de cette adhésion, hors indemnisation initiée pendant la période d'adhésion cotisée.

En cas de suspension d'une adhésion à la mutuelle, aucune allocation journalière pour diminution de traitement de base ne sera versée par la mutuelle au titre de la période de suspension. L'allocation journalière au titre de la période de suspen-

sion pour motif de non-paiement de la cotisation ne peut être versée car le droit à prestation n'est pas né.

La garantie Allocations journalières est indemnitaire : le montant des allocations journalières ne peut pas être supérieur à la perte de revenu subie par le membre adhérent.

En cas de cumul de garanties (le membre étant aussi assuré par un autre organisme assureur que la mutuelle au titre d'une garantie prévoyance couvrant une diminution de son traitement de base), la mutuelle n'interviendra qu'après paiement par cet autre organisme assureur des prestations qui sont dues au membre et pour le solde restant alors à indemniser au titre de la diminution de son traitement de base.

Fin du versement de la garantie Allocations journalières

Le versement de l'allocation journalière cesse :

- **Le jour de la reprise totale d'activité normale de service ;**
- **À l'expiration des délais maximum de versements indiqués dans le présent règlement,**
- **A la date de liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,**
- **À la date de liquidation de la pension de retraite du régime de base du membre participant,**
- **Au jour du décès du membre participant ;**
- **Au jour de la date de fin de l'adhésion du membre participant à la mutuelle (hors indemnisation initiée pendant la période d'adhésion cotisée).**

5-5 LES ALLOCATIONS INDEMNITAIRES OU FORFAITAIRES - BRANCHE 21

Les membres participants perçoivent pour eux-mêmes et leurs ayants droit des allocations dont le détail est précisé ci-après.

Branche 21 : Nuptialité - Natalité

Allocation mariage

L'Assemblée générale peut décider chaque année le versement d'une allocation forfaitaire, au membre participant à l'occasion de son mariage ou de son pacs, sur présentation des documents justificatifs.

Allocation naissance ou adoption
L'Assemblée générale peut décider chaque année :

- Le versement d'une allocation forfaitaire au membre participant à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, sur présentation des documents justificatifs. Ces allocations varient en fonction des Couvertures et Modules, tel

que précisé dans le tableau des garanties annexé au présent règlement.

- La part de cotisation affectée à cette allocation.

5-6 AUTRES PRESTATIONS

Le service d'entraide et solidarité

Ce service a pour vocation de venir en aide aux membres participants de la mutuelle qui ont à leur charge des dépenses de santé qui viennent grever considérablement leur budget.

Il intervient sous forme d'aides exceptionnelles remboursables de 3 000 euros maximum par foyer. La durée de remboursement ne peut excéder 4 (quatre) ans avec un différé possible de remboursement d'1 (un) mois à 6 (six) mois.

L'attribution de l'aide exceptionnelle remboursable dépend de la situation familiale du membre participant, de son ancienneté à la Mutuelle (minimum de 4 ans requis), de ses ressources et de sa situation financière.

Elle peut être accordée dans les cas suivants :

- Équipements liés au handicap
- Appareillages coûteux
- Frais non remboursés liés à une hospitalisation
- Perte totale ou partielle de revenus.

Chaque année l'Assemblée générale détermine le budget qu'elle affecte aux "Aides exceptionnelles remboursables" (AER).

Les dossiers de demande sont examinés par une commission composée d'administrateurs qui émet un avis à l'intention du Conseil d'administration de la Mutuelle pour éclairer sa décision. Cette décision est sans recours et non motivée.

Les membres participants ayant bénéficié d'une AER ne peuvent faire une nouvelle demande qu'après complet remboursement de l'AER consentie antérieurement. Les échéances de remboursement sont fixées tant dans leur montant que dans leur durée par la Mutuelle en fonction des capacités de remboursements évaluées.

Le bénéficiaire de l'AER s'engage par contrat à rembourser immédiatement les sommes restant dues en cas de démission, de radiation ou d'exclusion de la MCV PAP.

Les services d'information sociale et juridique

Tous les membres participants de la Mutuelle Complémentaire peuvent bénéficier gratuitement de ces services.

Les activités et services de la mutuelle dédiée

Tous les membres participants de la Mutuelle ont accès aux activités développées par la mutuelle dédiée.

Les activités des organismes mutualistes

Les membres participants de la Mutuelle ont accès aux activités développées par des organismes mutualistes avec lesquels la Mutuelle a passé convention.

Infos MC : une information régulière est consentie à tous les membres participants par l'envoi de la publication interne de la Mutuelle.

5-7 AUTRES SERVICES PROPOSÉS AUX MEMBRES PARTICIPANTS

Assurance scolaire

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de la société Swisslife Assurances, un contrat d'assurance scolaire dont bénéficient sans cotisation supplémentaire :

- **Les ayants droit visés à l'article 5-2 des statuts, âgés de 2 à 20 ans,**
- **les membres participants "Étudiants" tels que définis à l'article 5-1-e des statuts. Les stages en situation de salarié ne sont pas couverts par cette assurance.**

Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

Assistance vie quotidienne

La Mutuelle Complémentaire a souscrit auprès de la compagnie Mondial Assistance, un contrat d'assistance vie quotidienne dont bénéficient ses membres participants du seul fait de leur adhésion, c'est-à-dire sans cotisation supplémentaire. Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

Assurance extrascolaire

La Mutuelle Complémentaire a passé convention avec la société Swisslife Assurances, qui permet à ses membres participants pour leurs ayants droit visés à l'article 5-2 des statuts de bénéficier sur option d'un contrat d'assurance extrascolaire moyennant une inscription individuelle et une cotisation. Les conditions d'application font partie, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

Assurance Obsèques et rapatriement de corps

La Mutuelle Complémentaire distribue un contrat d'assurance qui permet à ses membres participants de souscrire à titre facultatif un contrat d'assistance aux obsèques et de rapatriement de corps moyennant une adhésion individuelle et le paiement d'une cotisation spécifique à l'organisme assureur. Les conditions de ce contrat d'assistance sont établies par l'organisme assureur.

La garantie dépendance

La Mutuelle a passé une convention avec la CNP, qui permet à ses membres participants de souscrire à titre facultatif un contrat de garantie dépendance moyennant une adhésion individuelle et le paiement d'une cotisation spécifique à l'organisme assureur. L'acceptation préalable des demandes de souscription dépend uniquement de la CNP. Les conditions de ce contrat sont établies par l'organisme assureur.

5-8 DÉCHÉANCES DES DROITS À PRESTATIONS EN CAS DE MAUVAISE FOI OU DE FRAUDE

Le membre participant qui effectue une déclaration de mauvaise foi ou avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

VI - BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Les prestations sont servies dans les conditions définies au présent règlement et à l'annexe jointe pour :

- Le membre participant,
- ses ayants droit tels que définis à l'article 5 alinéa 2 des statuts,

VII - MODALITÉS ET FORMALITÉS DE L'EMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

7-1 PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Conformément aux articles L.224-8 et L.224-9 du code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire ; **l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge effective du membre participant et ce dans le cadre du respect du contrat solidaire et responsable.**

Le montant des allocations journalières ne peut pas être supérieur à la perte de revenu subie par le membre participant.

La mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations mentionnées à l'article L.224-8 du code de la Mutualité, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables dans les conditions prévues par l'article L.224-9 du Code de la Mutualité. Les garanties de même nature

contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa 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.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Les membres participants de la Mutuelle titulaires et stagiaires de l'AP-HP, subrogent automatiquement dans leur droit la mutuelle afin qu'elle recouvre auprès de l'AP-HP, l'avance de prestations qu'elle a effectuée pour le compte de l'AP-HP conformément aux dispositions de la convention de délégation de paiement conclue entre l'AP-HP et la mutuelle.

7-2 OUVERTURE DU DROIT À PRESTATIONS ET PÉRIODES DE STAGES

Le droit est ouvert dès la date d'effet de l'adhésion. **Seuls les soins dont la date d'exécution se situe après la date de prise d'effet de l'adhésion à la mutuelle et avant la date de fin de cette adhésion à la mutuelle peuvent donner lieu à prise en charge par la mutuelle.**

Néanmoins des délais de stages (carences) sont prévus pour les remboursements sur les prises en charge hors paniers de soins 100% santé :

- **3 mois pour les suppléments des modules A, B, C, liés au Module Plus,**
- **3 mois pour les allocations forfaitaires de naissance ou d'adoption, de mariage élargie au PACS et suppléments : prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou tarifs libres, orthodontie, optique à tarifs libres, prothèses acoustiques de classe 2, cure thermique, prothèses, petits appareillages, chambre particulière, accompagnement hospitalisation enfant, mariage, naissance ou adoption,**
- **6 mois pour la participation aux frais d'obsèques,**
- **9 mois pour les allocations journalières et supplément par enfant à charge, à l'exception des membres participants des catégorie 1 ou 2, agent de la Ville de Paris, ayant un indice brut de rémunération égal ou inférieur**

à 388 et bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS) dont le droit aux allocations journalières et supplément par enfant à charge est ouvert sans délai de stage.

- **9 mois pour bénéficier du forfait lié à la prise en charge de l'intervention réfractive de l'œil. Tout bénéficiaire de ce forfait ne pourra pas utiliser de forfait optique, hors équipements optiques du panier de soins 100% santé, pendant cinq ans.**

Les nouveaux membres participants issus d'une autre mutuelle régie par le code de la Mutualité et pour lesquels la perte de qualité de membre participant n'excède pas deux mois, et ceux ayant moins d'un an d'administration sont dispensés de stage sauf pour les allocations journalières, la participation aux frais d'obsèques et l'intervention réfractive de l'œil.

Aucun délai de stage n'est imposé aux membres participants de la catégorie Étudiants, ni aux enfants nés après l'adhésion d'un de leurs parents, **sauf concernant le forfait de prise en charge de l'intervention réfractive de l'œil pour lequel un stage de 9 mois est exigé.**

7-3 DÉCLARATIONS DE SINISTRE

Par sinistre il faut entendre toute dépense de santé liée à la maladie ou tout événement donnant droit à une prise en charge par la Mutuelle dans les conditions propres à la Couverture ou Module choisi par le membre participant.

Les déclarations accompagnées des justificatifs correspondants au sinistre, sont à adresser :

- par lettre simple à : Mutuelle Complémentaire 93545 BAGNOLET CEDEX
- ou à faire parvenir par l'intermédiaire des correspondants ou représentant de la mutuelle.
- ou en utilisant l'espace sécurisé adhérent-assuré du site internet de la mutuelle : <https://mcpvap.fr>

7-4 JUSTIFICATIFS

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à la production de justificatifs : facture acquittée, note d'honoraires acquittée.

7-5 TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission est une procédure qui permet à l'assurance maladie obligatoire de transmettre directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part. Cette télétransmission est une organisation destinée à faciliter les remboursements mais n'est pas obligatoire. Elle est mise en place par la Mutuelle

sauf refus exprès du membre participant.

Pour les membres participants 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 de Sécurité sociale à la demande du membre participant faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre de Sécurité sociale, il appartient au membre participant d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation "Vitale".

Les prestations ayant fait l'objet d'un refus ou non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, ne peuvent être traitées par la télétransmission. Le membre participant doit alors adresser les justificatifs à la Mutuelle si le remboursement est prévu par la Couverture ou le Module.

Les prestations n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire envoyés par le membre participant ainsi que les originaux des factures acquittées.

7-6 TIERS PAYANT

Les membres participants sur présentation de leur carte mutualiste peuvent bénéficier du tiers payant :

- sur les prestations faisant l'objet des garanties de la mutuelle, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité,
- et en tout état de cause avec les organismes ayant passé convention avec la Mutuelle Complémentaire.

7-7 CESSATION DES DROITS

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la radiation, de l'exclusion ou du retrait d'un bénéficiaire, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

En cas de prestations versées indûment à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un membre Participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à la fin de son adhésion à la mutuelle entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le

bénéficiaire à ce remboursement.

VIII - MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE

8-1 MODIFICATIONS DES PRESTATIONS

L'Assemblée générale de la Mutuelle vote chaque année les prestations applicables l'année suivante.

Cette même Assemblée peut donner pouvoir au Conseil d'Administration, conformément à l'article 20 des statuts de la Mutuelle, pour procéder à des modifications de prestations en cours d'année si les circonstances l'exigent.

En application de l'article L221-5-1 du code de la Mutualité, toute modification du présent règlement fait l'objet d'une notification aux membres participants.

8-2 MODIFICATIONS DE LA SITUATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET/OU DE LEURS AYANTS DROIT

Tout changement dans la situation personnelle et/ou familiale et/ou administrative et/ou professionnelle doit être signalé par écrit à la Mutuelle, accompagné des documents nécessaires. Le changement signalé peut entraîner une modification des garanties proposées et/ou le passage dans une catégorie de membres participants différente de celle dont bénéficie le membre participant. Le membre participant est averti de cette modification si elle entraîne une diminution ou une augmentation de cotisations. La modification suite au changement signalé par le membre participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de cette information.

Les étudiants doivent produire chaque année à la Mutuelle Complémentaire les documents justifiant de leur qualité d'étudiant telle que définie à l'article 5, alinéa 1-e des statuts. En cas de non-production de ces documents, les étudiants seront placés, selon leur situation, sur la même Couverture ou Module dans les catégories de membres participants 1, 2 ou 4 dont ils se verront appliquer la cotisation plafond.

Lorsqu'un membre participant cotisant actif âgé de plus de 30 ans, demande à intégrer la catégorie 3 (étudiants) en justifiant d'entamer un parcours d'études sans rémunération, la Mutuelle au titre de la solidarité accepte exceptionnellement ce changement de catégorie.

En cas de modification de revenus, les membres participants

non précomptés, sont tenus d'adresser à la Mutuelle copie de leur avis d'imposition ou de leur fiche de paie selon les cas.

La Mutuelle peut demander à tout moment un justificatif de revenus ou de pension aux membres participants. En cas de refus ou de non-réponse dans un délai de trois mois, il sera appliqué la cotisation plafond de la couverture ou du Module concerné.

8-3 MODIFICATIONS DES GARANTIES, DES STATUTS ET RÈGLEMENTS

Conformément à l'article L.221-5 du code de la Mutualité, toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée Générale, ou par le conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale en application de l'article L114-11 du code de la Mutualité et de l'article 20 des statuts de la mutuelle, sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue d'information « Infos MC » numérotée, adressée aux membres participants.

Conformément à l'article L.114-7-1 du code de la Mutualité, toute modification des montants des cotisations ainsi que des prestations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Le membre participant souhaitant modifier sa garantie devra en faire la demande exclusivement par écrit. Si elle est acceptée, la modification prendra effet le premier jour du mois suivant le jour de réception de la demande.

Le membre participant relevant de la couverture 2 peut opter à tout moment pour le Module A ou B ou C, ou pour le Module Plus.

Le membre participant relevant du Module A ou B ou C peut opter à tout moment pour le Module Plus.

Pour toute autre modification de Couverture ou de Module un délai de deux ans est exigé.

Le bénéfice des garanties spécifiques aux membres participants de la catégorie 1 ou 2, agents de la ville de Paris, dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS), cesse de plein droit et sans qu'il soit besoin de notification, au jour de la fermeture de leurs droits à l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

Il en va de même pour leur cotisation qui sera revue au jour de la fermeture de leurs droits à l'Allocation Prévoyance Santé (APS).

Ils continuent automatiquement à bénéficier des prestations correspondant à leur Couverture ou Module dans les conditions prévues au présent règlement.

8-4 CAS OUVRANT DROIT À RÉSI LIATION ANTICIPÉE

Il convient pour ce qui concerne les cas ouvrant droit à résiliation anticipée de faire application des statuts de la Mutuelle Complémentaire et des dispositions des articles L.221-10-2 et L.221-17 du Code de la Mutualité :

- chaque membre participant ou bien la mutuelle peut mettre fin à une adhésion lorsque les conditions d'adhésion prévues à l'article 6 des statuts ne sont plus remplies ;
- Le membre participant peut dénoncer son adhésion à la mutuelle, dans le cadre de l'article L221-10-2 du code de la mutualité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.
- Le membre participant peut enfin dénoncer son adhésion à la mutuelle, dans le cadre de l'article L221-17 du code de la mutualité. La résiliation prend effet un mois après réception de la notification.

Dans tous les cas, les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La mutuelle rembourse au membre participant la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

IX - DIVERS

9-1 PRESCRIPTION

La prescription applicable est celle définie par l'article L.221-11 du code de la Mutualité. Toute action dérivant des opérations de la mutuelle régies par le présent titre est prescrite 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 couru, du fait du membre participant, que du jour où la MCV PAP en a eu connaissance,
- en cas de réalisation 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 membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la MCV PAP 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 10 (dix) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1^{er} du I de l'article L.111-1, du code

de la Mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les garanties sur la vie, notwithstanding les dispositions du paragraphe précédent, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 (trente) ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Conformément à l'article L221-12 du code de la mutualité, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressé par la mutuelle au membre participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

9-2 FAUSSES DÉCLARATIONS

Les déclarations faites par le membre participant et ses bénéficiaires servent de base à la garantie ; la mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, les dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité s'appliquent.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, la Mutuelle peut appliquer les dispositions prévues par l'article L.221-15 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors

même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie est constaté avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisations acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avant été complètement et exactement déclarés.

9-3 LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française.

Le présent règlement est régi par le code de la mutualité.

Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la réglementation applicable auxdits organismes.

9-4 DISPOSITIONS EN APPLICATION DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ - BLOCTEL

Les informations recueillies par la Mutuelle, responsable du traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de l'adhésion, de la gestion et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant ou ses ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégués de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

Le membre participant et ses ayants droit, ainsi que toute personne dont les données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose du droit de demander à la mutuelle l'accès à leurs données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Ils disposent également d'un droit d'opposition au traitement de ces données d'un droit à leur portabilité et du droit de retirer leur consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur un consentement effectué avant le retrait.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent exprimer leur souhait que leurs coordonnées ne soient pas transmises aux partenaires commerciaux de la mutuelle.

Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la Protection des Données de la mutuelle par courrier : MCV PAP – Délégué à la Protection des Données – 93545 BAGNOLET CEDEX, ou par e-mail : dpomc602@mc602.com.

Le membre participant et ses ayants droit disposent aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès (ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés après son décès les droits rappelés ci-dessus).

Le membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA80715- 75334 PARIS CEDEX 07. Tel. 01.53.73.22.22.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par le membre participant, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la Mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

La mutuelle peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un membre participant ou d'un ayant droit.

En application de l'article L.223-1 du code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr

9-5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de

Contrôle Prudential et de Résolution – 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

9 -6 RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le membre participant peut s'adresser à la Mutuelle

- par lettre simple à : MCV PAP – SERVICE RECLAMATIONS 93545 BAGNOLET CEDEX,
- ou par l'intermédiaire des correspondants ou représentants de la mutuelle,
- ou en utilisant l'espace sécurisé adhérent-assuré du site internet de la mutuelle : <https://mcvpap.fr>,

en précisant la nature de la réclamation, le numéro de membre participant, les coordonnées auxquelles l'intéressé souhaite être recontacté. Toutes les réclamations font l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix jours ouvrables, suivant la date de réception de la demande. Elles sont traitées sous un délai de deux mois suivant la date de réception de la demande.

9-7 MÉDIATEUR DE LA CONSOMMATION

La Mutuelle complémentaire a fait le choix de recourir, en tant que médiateur de la consommation, aux services de la Médiation Fédérale afin de traiter au mieux les litiges individuels opposant un membre participant à la mutuelle. Le médiateur est compétent exclusivement pour les engagements résultant de l'application du présent règlement mutualiste ou des statuts de la mutuelle. Il peut être saisi par le membre participant ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de réclamations, et si aucune procédure contentieuse n'est engagée. La saisine se fait par écrit à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la mutualité Française
FNMF 225 rue Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

ou directement sur le site du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le médiateur rend un avis motivé dans les 90 jours maximum suivant la réception du dossier complet.

Le médiateur peut prolonger ce délai, à tout moment, en cas de litige complexe. Il en avise immédiatement les parties.

Le médiateur doit être saisi dans un délai maximum d'1 (un) an suivant la réclamation écrite faite à la mutuelle.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsqu'il a été précédemment examiné ou est en cours

d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal.

Le médiateur, en faisant connaître aux parties la solution qu'il propose, leur rappelle, par courrier simple ou par voie électronique :

Qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution ;

Que la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;

Que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

Le médiateur précise également quels sont les effets juridiques de l'acceptation de la proposition de solution et fixe un délai d'acceptation ou de refus de celle-ci.

La saisine du médiateur de la consommation suspend la prescription (article 2238 du code Civil).

9-8 JURIDICTION COMPÉTENTE

En cas de litige avec la mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (tribunal judiciaire).

9-9 COMMUNICATION D'INFORMATIONS À DESTINATION DU PUBLIC

Les comptes annuels, le rapport de gestion, le rapport des commissaires aux comptes sur les comptes annuels, le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) sont consultables sur le site de la Mutuelle www.mc602.com.

X – ANNEXES AU RÈGLEMENT MUTUALISTE

10.1 LES ANNEXES LISTÉES CI-APRÈS FONT PARTIE INTÉGRANTE DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

- Tableau des garanties,
- Grille des cotisations,
- Document d'information normalisé sur le règlement mutualiste et les garanties souscrites,
- Notice d'information Assistance vie quotidienne,
- Notice d'information Assurance scolaire,
- Rapport entre le montant des prestations versées par la mutuelle et le montant des coti-

sations hors taxes pour le remboursement et l'indemnisation des frais médicaux. Montant et composition des frais de gestion et d'acquisition,

- information sur la vente à distance,
- Glossaire UNOCAM (Le glossaire UNOCAM est consultable sur le site <https://mcvpap.fr>)

INFORMATION RELATIVE AUX FRAIS DE GESTION

Rapport entre le montant des prestations versées par la mutuelle et le montant des cotisations hors taxes pour le remboursement et l'indemnisation des frais médicaux. Montant et composition des frais de gestion et d'acquisition Conformément à l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale

RATIO PRESTATIONS/COTISATIONS

- **70,80 %**

Ratio, exprimé en pourcentage, entre :

- d'une part le montant des prestations versées et provisionnées par la Mutuelle, au titre de l'exercice 2020, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;
- et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2020, pour les mêmes garanties.

RATIO FRAIS DE GESTION/COTISATIONS

- **18,80 %**

Ratio, exprimé en pourcentage, entre :

- d'une part le montant total des frais de gestion de la Mutuelle, au titre de l'exercice 2020, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;
- et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2020, pour les mêmes garanties.

COMPOSITION DES FRAIS DE GESTION : frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes affectés aux garanties « remboursement frais de santé » au sens du document prudentiel annuel dénommé « état ACPR FR 13-03-01 »

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

INFORMATION SUR LA VENTE À DISTANCE

(Article L.222-5 du code de la Consommation et Article L.221-18 du Code de la mutualité)

IDENTITÉ DE LA MUTUELLE

Dénomination sociale : Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des administrations annexes (MCVPAP)

Siège social : 52 rue de Sévigné 75003 PARIS

Numéro d'immatriculation SIREN : 784 227 894

Numéro de téléphone : 01 42 76 12 48 (du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30)

Coordonnées de l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 9

MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

Toute demande d'adhésion à la Mutuelle doit respecter les conditions et modalités décrites au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

GARANTIES ET EXCLUSIONS

Les garanties pouvant être accordées par la Mutuelle sont décrites au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Figurent aussi à ce Règlement Mutualiste les exclusions de garanties applicables à chaque garantie.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION À LA MUTUELLE

La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est en principe le 1^{er} jour d'un mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

La date de prise d'effet de chacune des garanties est précisée au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à la signature d'un bulletin d'adhésion.

DURÉE DE L'ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'adhésion à la Mutuelle est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale.

CONDITIONS DE DÉMISSION

Un membre de la mutuelle peut dénoncer son adhésion à la Mutuelle :

- à l'échéance annuelle (soit le 31 décembre) moyennant le respect d'un préavis de 2 mois s'il a moins d'un an d'ancienneté à la date d'échéance annuelle,
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de son adhésion, à tout moment sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

La notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

DROIT DE RENONCIATION

- Toute personne ayant demandé son adhésion à la Mutuelle peut y renoncer pendant un délai de trente jours calendaires (en ce inclu le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance).
- Les modalités de ce droit de renonciation sont incluses au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RENONCIATION

La Mutuelle met à disposition un modèle de formulaire de renonciation :

« Je soussigné(e) (Nom Prénom) demeurant (Adresse)

(Numéro de sécurité sociale) déclare renoncer à mon adhésion à la MCV PAP souscrite le (préciser la date)

(Date et signature). »

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice de son droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation est à adresser par voie postale à MCV PAP – 93545 BAGNOLET CEDEX,

Lorsqu'une demande de prestations a été formulée pendant le délai de renonciation, il n'est plus possible d'user de la faculté de renonciation et la cotisation est due en intégralité.

BASE DE CALCUL DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction des garanties souscrites. Il inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle. Une adhésion dématérialisée n'amène aucun frais supplémentaire. La cotisation est calculée selon l'âge et le montant des revenus.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est mensuelle et payable à terme échu.

La cotisation peut faire l'objet d'un précompte sur rémunération d'activité ou d'un prélèvement automatique sur compte bancaire.

En cas de refus de prélèvement bancaire l'adhérent pourra exceptionnellement s'acquitter de sa cotisation par chèque bancaire, sur accord de la Mutuelle.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance aux coordonnées suivantes :

- par lettre simple à : MCV PAP – SERVICE RECLAMATIONS 93545 BAGNOLET CEDEX,
- ou par l'intermédiaire des correspondants ou représentants de la mutuelle,
- ou en utilisant l'espace sécurisé adhérent-assuré du site internet de la mutuelle : <https://mcvpap.fr>

La Mutuelle s'engage :

À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation,

À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

MÉDIATEUR DE LA CONSOMMATION

Le médiateur de la consommation dont relève la MCV PAP est le

médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

Par courrier :

M. Le Médiateur FNMF 225 rue Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15

ou directement sur le site du médiateur : <https://mediateur-mutualite.fr/>

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le Membre Participant ou l'Ayant Droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- Le Membre Participant ou l'Ayant Droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'Article 2238 du code Civil.

LOI APPLICABLE

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par la loi française et spécifiquement par le Code de la mutualité.

LANGUE APPLICABLE

La langue applicable est la langue française.

JURIDICTION COMPÉTENTE

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils.

Les informations mentionnées à la présente annexe sont valables à la date de rédaction du présent Règlement Mutualiste.

REGLEMENT MUTUALISTE

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE ACTIVITÉS SOCIALES· LIVRE III

Modifiés par l'assemblée générale du 22 juin 2016

Le présent règlement est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité. Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en application du contrat principal avec la mutuelle fondatrice. Il définit les prestations et la cotisation affectée par la mutuelle fondatrice.

I-OBJET ET FORMATION DU REGLEMENT MUTUALISTE

1-1 Objet du règlement mutualiste

Ce règlement mutualiste a pour objet de définir les prestations servies par la Mutuelle Livre III ainsi que les conditions d'accès à ces prestations comme précisées à l'article 5-6 de règlement mutualiste de la Mutuelle fondatrice.

1-2 Engagements de l'adhérent

Sont adhérents les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle fondatrice dont les engagements sont définis à l'article 1 de son règlement mutualiste. La perte de qualité d'adhérent à la Mutuelle fondatrice entraîne de fait la perte de la qualité d'adhérent à la Mutuelle dédiée.

L'adhésion individuelle à la Mutuelle fondatrice emporte acceptation des statuts et du présent règlement par le membre participant et ses ayants droit.

L'adhésion prend effet dans les mêmes conditions que celle fixées à l'article 1 du règlement mutualiste de la Mutuelle fondatrice.

1-3 Cotisations

La cotisation est versée par la Mutuelle fondatrice dans les conditions

définies à l'article 55 de ses statuts.

Le % de cotisation fixé chaque année par l'Assemblée générale de la Mutuelle fondatrice est précisé dans l'annexe de son règlement mutualiste.

La part de cotisation affectée à la Mutuelle est soumise à l'approbation de l'Assemblée générale conformément à l'article 19 des statuts.

II-CONDITIONS D'ACCES AUX ACTIVITES

2-1 Bénéficiaires des activités

Pour accéder aux activités de la Mutuelle, il faut avoir adhéré à la Mutuelle fondatrice en qualité de membre participant, d'ayant droit du membre participant, ou d'ayant droit mutualiste.

2-2 Conditions d'accès

L'accès aux activités peut être gratuit ou faire l'objet d'une contribution.

L'âge de l'adhérent, le niveau de revenus ainsi que d'autres critères que la Mutuelle éventuellement déterminerait, peuvent être pris en compte pour l'accès à certaines activités, et pour fixer le niveau de la contribution.

2-3 Date d'accès et limites

Tous les adhérents de la Mutuelle fondatrice peuvent avoir accès aux activités développées par la Mutuelle

dès la date d'effet de l'adhésion en fonction des places disponibles. Cet accès n'est plus possible.

- après la date d'effet de la démission de radiation ou d'exclusion,
- après la date d'effet du retrait d'un bénéficiaire.

III-LES ACTIVITES ET SERVICES DE LA MUTUELLE

3-1 Définition

Les Activités s'inscrivent dans l'objet de la Mutuelle tel que défini à l'article 2 des statuts.

La Mutuelle peut en être l'initiatrice. Elle peut également servir de relais à d'autres opérateurs, passer des conventions ou des contrats.

3-2 Prestations sous convention

Pour répondre à l'objet de la Mutuelle tel que défini à l'article 2 des statuts, la Mutuelle a passé des conventions avec divers prestataires.

L'objet et les conditions de ces conventions peuvent être fournis sur demande du membre participant auprès de la Mutuelle.

3-3 Fonds de secours

Des secours peuvent être accordés exceptionnellement par la Mutuelle aux membres participants ou à leurs ayants droits, ayant au moins un an d'ancienneté à la Mutuelle, pour des

besoins urgents liés à la maladie, infirmité, décès, pertes de salaires ou événements exceptionnels (catastrophes naturelles, événements familiaux particuliers, naissances multiples...) selon des procédures définies à l'art 3-4 du présent règlement.

L'attribution des secours dépend de la situation familiale de l'adhérent, de son ancienneté à la Mutuelle, de ses ressources et de sa situation financière. Ces critères d'attribution sont à la fois indépendants et cumulatifs.

Ces secours sont financiers mais peuvent également revêtir exceptionnellement la forme d'une remise de dette due à la Mutuelle au titre de cotisations impayées ou de prestations indûment versées.

Les secours alloués en cas de perte de salaire ne peuvent excéder l'équivalent d'un mois d'allocations journalières.

3-4 Procédure

Chaque année l'Assemblée générale détermine le budget qu'elle affecte au fonds de secours.

Les dossiers de demande de secours sont examinés par une commission composée d'administrateurs.

Cette commission du fonds de secours donne un avis au Conseil d'Administration de la Mutuelle pour éclairer sa décision. Cette décision est sans recours et non motivée.

IV-INFORMATIONS

Une information régulière est consentie à tous les adhérents par l'envoi au moins 3 fois par an de la publication interne de la Mutuelle fondatrice où seront intégrées des informations concernant la mutuelle.

V-MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE

5-1 Modifications des activités

L'Assemblée générale de la Mutuelle statue chaque année sur les activités exercées l'année suivante.

Cette même Assemblée peut donner pouvoir au Conseil d'Administration, conformément à l'article 20 des statuts de la Mutuelle, pour procéder à des modifications d'activités en cours d'année si les circonstances l'exigent.

5-2 Modifications des statuts et règlements

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée Générale de la Mutuelle doit être portée à la connaissance de la Mutuelle fondatrice qui en informe ses membres participants et honoraires tels que prévu à l'article 8-3 de son règlement mutualiste.

VI- LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française.

6-1 Disposition en application de la loi informatique et liberté

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'interroger la Mutuelle afin d'obtenir communication des informations nominatives la concernant à l'adresse suivante : MCAS 21 rue du Chemin Vert 75011 PARIS ou par e-mail : mcas@mc602.com

6-2 Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Les activités proposées par la Mutuelle sont conformes à l'objet de la mutuelle, lequel est défini en application du Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution

ACPR 61 rue Taitbout 75009 PARIS.