

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez La Mutuelle de Bagneaux à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de La Mutuelle de Bagneaux. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

FR07ZZZ449479
 La Mutuelle de Bagneaux
 67-69 rue du Gâtinais
 77167 BAGNEAUX SUR LOING

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

À

Le/...../ 20.....

Signature Obligatoire

Justificatifs à fournir**Retournez nous votre demande complétée, datée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :**

- Photocopie d'une pièce d'identité pour chaque bénéficiaire,
- Photocopie de l'attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la carte vitale pour chaque bénéficiaire,
- Certificat de résiliation de votre ancienne mutuelle,
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Si l'enfant âgé de 20 à 25 ans est dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, à la recherche d'un 1er emploi, handicapés à la charge des parents fournir les justificatifs de la situation,
- Attestation d'appartenance à une collectivité Territoriale

J'ai pris bonne note que :

- **le reflet de mes décomptes Sécurité Sociale** transitera entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Mutuelle de Bagneaux par télétransmission selon la procédure N.O.E.M.I.E. J'ai la possibilité de refuser cette procédure en le notifiant sur papier libre à joindre au présent document.

- **que les soins**, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion de votre garantie ne sont pas pris en charge par La Mutuelle de Bagneaux.

- **que je dispose d'un délai de rétractation** de 14 jours calendaires en cas de vente à distance et en cas de démarchage à domicile.

- **qu'à compter du 1er décembre 2020**, en vertu de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, vous pouvez après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de votre première adhésion, résilier votre contrat sans frais, ni pénalité. La résiliation prendra effet un mois après réception de votre demande par la Mutuelle de Bagneaux.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales, de l'extrait du règlement Mutualiste de La Mutuelle de Bagneaux qui m'a été remis ce jour, et que je trouverais l'intégralité de ces documents ainsi que les statuts mutualistes sur le site internet www.lamutuelledebagneaux.fr.

Mandataire : FNMF

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à :

Date :

Information relative aux ratios prestations sur cotisations et frais de gestion

L'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, modifié par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, prévoit une obligation d'information, avant la souscription puis annuellement, sur la composition des frais de gestion et de redistribution des contrats.

A cet égard, nous vous communiquons les informations suivantes :

Le ratio¹ des prestations versées sur les cotisations perçues est de 82,80% au titre de l'année 2023.

¹ 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.

Les frais de gestion² représentent 14.43% au titre de l'année 2023.

² 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.

Les informations contenues dans nos fichiers sont celles que vous nous avez fournies lors de votre adhésion et sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier. Ces informations font l'objet d'un traitement informatisé.

Nous vous informons que conformément au RGPD du 25 mai 2018, relative à la protection des données personnelles, Vous pouvez exercer vos droits, en joignant obligatoirement à votre demande une copie d'un titre d'identité, auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) par email (mesdonnees@lamutuelledebagneaux.fr) ou par courrier à la Mutuelle de Bagneaux (67-69 rue de Gâtinais 77167 Bagneaux sur Loing).a Mutuelle de Bagneaux dispose d'un délai d'un mois pour vous répondre.

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

« La garante donne à la cédante sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale »

« Si l'agrément accordée à la garante lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation ».

Partie à conserver **REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE DE BAGNEAUX**

La Mutuelle Familiale, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, SIREN 784 442 915, sise 52 rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10, (dite mutuelle garante), se substitue à la Mutuelle de Bagneaux (dite mutuelle cédante) dans les conditions prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, tel qu'issu du dispositif révisé de la substitution par l'ordonnance n°2017-734 du 04 mai 2017.

Les articles R. 211-21 à R. 211-27 du code de la mutualité, tels qu'issus du décret n°2018-56 du 31 janvier 2018 sont également applicables. A ce titre, la Mutuelle Familiale se substitue intégralement à la Mutuelle de Bagneaux pour la constitution de l'ensemble des opérations et branches d'assurance pratiquées par celle-ci au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître en résultant ».

« La garante donne à la cédante sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale »

« Si l'agrément accordée à la garante lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera réévaluée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation ».

PREAMBULE

Pour l'application du présent arrêté, est considérée comme une garantie de référence pour l'agent ou le retraité :

Le contrat ou règlement ayant été labellisé dans les conditions prévues au chapitre 1er du titre II du décret du 8 novembre 2011 susvisé ;

Le contrat ou règlement souscrit auprès d'un organisme ayant conclu avec la collectivité ou l'établissement public d'emploi de l'agent ou la dernière collectivité territoriale ou le dernier établissement public d'emploi du retraité une convention de participation dans les conditions prévues au chapitre 2 du titre II du décret du 8 novembre 2011 susvisé.

CHAPITRE 1 Loi, Décret et Arrêté

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre de la fonction publique et le ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, chargé des collectivités territoriales,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 bis, ensemble la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, notamment ses articles 28 et 33,

Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Arrêtent :

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre de la fonction publique et le ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, chargé des collectivités territoriales,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 bis, ensemble la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, notamment ses articles 28 et 33,

Arrêtent :

Article 1

Pour l'application du présent arrêté, est considérée comme une garantie de référence pour l'agent ou le retraité :

Le contrat ou règlement ayant été labellisé dans les conditions prévues au chapitre 1er du titre II du décret du 8 novembre 2011 susvisé ;

Le contrat ou règlement souscrit auprès d'un organisme ayant conclu avec la collectivité ou l'établissement public d'emploi de l'agent ou la dernière collectivité territoriale ou le dernier établissement public d'emploi du retraité une convention de participation dans les conditions prévues au chapitre 2 du titre II du décret du 8 novembre 2011 susvisé.

Article 2

Lorsqu'un adhérent ou souscripteur souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation, en application de l'article 28 du décret du 8 novembre 2011 susvisé.

Lorsque l'adhérent ou souscripteur ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non-majoration

Article 3

Lorsque l'agent, actif ou retraité, âgé de plus de trente ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence d'un organisme sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à celui-ci le justificatif mentionné à l'article 2 transmis par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.

Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure à la date de publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il transmet également les documents

permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.

Faute de pouvoir produire les documents mentionnés au premier alinéa, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre la publication du décret et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

Article 4

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence une majoration égale à 2 % par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie de référence.

Article 5

L'agent ou le retraité qui résilie sa garantie de référence pour une autre garantie de référence dans un autre organisme transmet à celui-ci le justificatif mentionné à l'article 2.

L'organisme lui applique alors le coefficient de majoration figurant sur le justificatif.

CHAPITRE 2 Condition d'adhésion

Article 1

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

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

Article 2

Les agents concernés par ce dispositif sont :

- les fonctionnaires,
- les agents non titulaires de droit public,
- les agents de droit privé,
- les agents retraités.

Peuvent être bénéficiaires des prestations, s'ils sont désignés par l'adhérent et bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale et similaires :

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

Article 3 - Prises d'effet

La date d'effet pour les adhésions est le premier jour du mois suivant la demande formulée.

La durée minimum d'adhésion est de 1 an (un an).

Article 4 – Carte de membre et de ses bénéficiaires

Après réception de sa demande d'adhésion par la Mutuelle de Bagneaux, et, sous réserve que toutes les pièces nécessaires aient bien été reçues, l'adhérent reçoit une carte de membre de la Mutuelle de Bagneaux comportant l'indication de ses droits, valable de la date d'ouverture de ses droits jusqu'à la fin du semestre en cours.

Lors du renouvellement semestriel des cartes de membres de la Mutuelle de Bagneaux, l'adhérent reçoit sa carte mutuelle, si ses droits sont ouverts à la date d'émission de la carte.

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

Article 7 – Suspension ou remise en cause des garanties (non-paiement des cotisations)

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

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

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

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

La garantie non réévaluée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation due ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de la cotisation annuelle ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, éventuellement majoré des frais imputés par le service de recouvrement ainsi que les frais éventuels facturés par les établissements bancaires (rejets, chèques sans provision, etc...)

Article A8 – Résiliation des garanties par le membre participant

Lorsqu'un adhérent ou souscripteur souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation, en application de l'article 28 du décret du 8 novembre 2011 susvisé. Lorsque l'adhérent ou souscripteur ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non-majoration.

Deux situations possibles :

L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion 2 mois avant la date d'échéance de la carte (juillet et janvier), en adressant par lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle.

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

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

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

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

L'échéance du contrat est fixée au 30 juin ou au 31 décembre. A ces dates, le contrat est reconduit tacitement pour six mois.

L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion dès lors qu'il ne rentre plus dans les conditions d'adhésions à la mutuelle ou lors la survenance de l'un des événements suivants :

départ de la collectivité territoriale (radiation à la date de fin de contrat) retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle. Contrat de Mutuelle obligatoire et familiale dans l'entreprise du conjoint.

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

Dans ce cas la résiliation prend effet un mois après réception de sa notification et au dernier jour du mois.

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

Article A9 – Résiliation des garanties par la Mutuelle

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

Sont également radiés les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations à l'expiration du délai précité (article A7 du présent règlement).

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

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

Il sera convoqué par le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits reprochés, en vue de son exclusion.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion sera prononcée par le Conseil d'Administration.

Article A10 – Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

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

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

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

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

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

CHANGEMENT DE GARANTIE

Article O1 – Démission ou modification d'une option pour le membre participant ou des ayants droit

La démission ou modification ne peut être acceptée que si Les membres participants ont demandé par lettre datée et signée, leur démission ou modification 2 mois avant la fin de l'échéance de la carte soit le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet.

Celle-ci prend effet à compter du 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet suivant la demande. Une lettre confirmant cette démission ou modification est adressée à l'adhérent.

Le membre participant ou l'ayant droit devra rester inscrit dans l'option au minimum 36 mois (trente-six mois).

Article O2 – Réadmission dans l'une des options

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

COTISATIONS

Article C1 – Engagement

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

Article C2 – Périodicité de la cotisation

La cotisation est payable mensuellement.

Article C3 – Cotisation

Les cotisations sont établies par année civile.

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

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

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

Article C4 – Mode de règlement de la cotisation

- par prélèvement automatique bancaire, entre le 10 et le 15 de chaque mois. En cas de rejet du prélèvement lors de l'appel des cotisations pour une raison imputable au titulaire du compte, les frais bancaires de rejet acquittés par la Mutuelle peuvent être ajoutés au montant de la cotisation due.

- par chèque libellé à l'ordre de la Mutuelle de Bagneaux, espèces ou mandat cash ; mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement

Article C5 – Modification de situation

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

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

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

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

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

Article C6 - Remboursement de cotisations

Tout différend concernant les cotisations doit être soumis à la MUTUELLE DE BAGNEAUX par courrier auquel doivent être jointes toutes pièces permettant le remboursement partiellement ou en totalité.

Le remboursement d'une cotisation partiellement ou en totalité ne peut se faire que dans la limite des 2 mois précédant le fait générateur de la demande et sous réserve que l'origine ne soit pas imputable à une indication erronée fournie par le membre participant lui-même, ou à une modification de sa situation dont il n'aurait pas informé la MUTUELLE DE BAGNEAUX en temps utile.

Article C7 - Retenues sur prestations

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

Article C8 - Révision

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

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

Elles sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

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

Pour tout autre motif valablement adopté par l'assemblée générale.

Un appel de cotisation présentant les cotisations à venir est envoyé avant chaque échéance (juillet ou janvier).

PRESTATIONS

Article P1 - Droit aux prestations

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

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

Article P2 – Stage

Dispense de stage pour :

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

Article P3 - Forclusion des prestations

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

Article P4 - Forclusion des réclamations

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

Article P5 - Tableaux des garanties

Transmis lors de l'adhésion

Article P6 - Paiement des prestations

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

Les membres participants adresseront leurs demandes de remboursement à la Mutuelle au cas où leurs prestations n'auraient pas été versées directement par le système de télétransmission de la Sécurité Sociale (NOEMIE) ou similaires.

Les décomptes originaux de la Sécurité Sociale ou d'autres régimes obligatoires similaires qui constituent les pièces comptables, restent archivés à la Mutuelle jusqu'à la date de prescription de ceux-ci, soit 2 ans et un trimestre. En cas de nécessité, une photocopie pourra être produite à la demande du membre participant.

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

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

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

Article P7 – Délais et défauts de versements des prestations

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

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

Pour percevoir les prestations servies par la mutuelle, les membres bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

La validité des pièces justificatives pour percevoir les prestations de la mutuelle est fixée à 24 mois à partir de la date des soins. Les prestations seront servies par la mutuelle, suivant les garanties souscrites à la date des soins.

Article P8 - Limite des remboursements

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

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

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

HOSPITALISATIONS

HOSPITALISATION DANS UN ETABLISSEMENT CONVENTIONNNE

Article P10 – Champ d'application

Sont visés par le champ d'application du présent règlement, les établissements de santé publics et privés sous réserve que l'hospitalisation ait été acceptée par la Sécurité Sociale.

MEDECINE CHIRURGIE ET PSYCHIATRIE

Selon le barème du contrat souscrit sont couverts :
la part restant à la charge de l'assuré pour les frais remboursables par la Sécurité Sociale (ticket modérateur) ainsi que certains frais non pris en charge par la Sécurité Sociale, (forfait journalier, la chambre particulière, les frais accompagnants, participation forfaitaire 18 €, télévision)

La prise en charge est limitée à la durée de séjour admise par le régime obligatoire, ainsi que certains frais non pris en charge par la Sécurité Sociale et selon le contrat choisie. (le forfait journalier, la chambre particulière, les frais accompagnants, la participation forfaitaire de 18 €, la télévision, etc...)

Procédure de délégation de paiement (prise en charge)

Pour bénéficier de la délégation de paiement, l'adhérent ou l'établissement

devra demander à la Mutuelle de Bagneaux une prise en charge d'hospitalisation. Celle-ci sera envoyée directement à l'établissement.

La Mutuelle règle directement l'établissement.

La prise en charge est limitée à la durée de séjour admise par le régime obligatoire.

Hospitalisation en urgence

L'adhérent hospitalisé en urgence sera garanti d'un remboursement, sur présentation de facture mais ne pourra bénéficier de la délégation de paiement.

Article P11 – remboursements frais de santé pris en charge par la sécurité sociale

- Soins courants
- Optique médicale
- Prothèses dentaires
- Orthodontie
- Appareillage
- Appareillage acoustique
- Cures thermales
- Etc.....

La participation de la mutuelle sera en fonction du barème de garanties souscrit dans la limite des frais engagés.

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

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

DIVERS

Article D1 – Accueil

Le siège de la Mutuelle est établi au 19, rue de la ballastière à Bagneaux-sur-Loing.

Article D2 – Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, du fait du membre participant, que le jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- en cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du 1 de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits du membre participant décédé.

Article D3 – Lois informatiques et libertés

Les informations recueillies auprès de l'adhérent sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne faisant l'objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Article D5 – Lois informatiques et libertés

Les informations recueillies auprès de l'adhérent sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition à des tiers à des fins commerciales. Le membre participant ainsi que toute personne faisant l'objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, les informations recueillies sont confidentielles.

Chaque adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant. Ce droit s'exerce sur demande écrite au siège de la Mutuelle : Mutuelle de Bagneaux, 67-69 rue du Gâtinais 77167 BAGNEAUX SUR LOING.

Article D6 – Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le code de la mutualité. L'autorité, chargée du contrôle de la Mutuelle de Bagneaux, est l'A.C.P.R (l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution) 61, rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.