



MUTUELLE DU COMMERCE & DIVERS

REGLEMENT MUTUALISTE DES GARANTIES COLLECTIVES

*Société Mutualiste du Commerce et Divers
Statuts et Règlements Mutualistes validés par l'AG de la Mutuelle du Commerce du 5 mars 2009 (refonte)
Dernière mise à jour : AG de la Mutuelle du Commerce du 1^{er} mars 2012*

PROJET DE MISE EN CONFORMITE DES STATUTS ET REGLEMENTS MUTUALISTES DE LA MUTUELLE DU COMMERCE AVEC LA LOI DU PAYS N° 2013-4 DU 7 JUIN 2013 ET LA DELIBERATION N° 279 DU 13 JUIN 2013 VALIDE PAR CA DU 29 MARS 2016 ET AG DU 13 AVRIL 2016

TITRE 1 – Base du règlement

Article 1 – Base légale du règlement

Le présent règlement est soumis aux dispositions de la mutualité en Nouvelle-Calédonie (la Loi du Pays N° 2013-4 du 7 juin 2013 et la délibération N° 279 du 7 juin 2013) et complète les statuts de la mutuelle. Il a été adopté par l'assemblée générale extraordinaire de la mutuelle en date du 5 avril 2016.

Article 2 – Objet du règlement

Le présent règlement a pour objet de définir, dans le cadre d'une adhésion collective, aux membres bénéficiaires tels qu'ils sont définis à l'article 7 du présent règlement, le contenu des engagements contractuels existant pour chaque membre de la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations définies respectivement au titre III et IV du présent règlement.

Article 3 – Modification du règlement

Le présent règlement, approuvé par l'assemblée générale de la mutuelle, ne peut être modifié que par cette dernière. Toute modification est notifiée aux adhérents avant application.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constaté par un avenant signé des parties.

Article 4 – Territorialité

Les garanties s'exercent en Nouvelle-Calédonie, en France métropolitaine et dans les pays, territoires et départements français d'Outre-Mer.

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime obligatoire de l'assuré et sous réserve des conditions particulières qui pourraient être propres aux garanties du contrat.

Le règlement des prestations est effectué sans frais en francs pacifiques par virement bancaire sur un compte ouvert en Nouvelle-Calédonie ou exceptionnellement par chèque.

Article 5 – Accès aux services de soins

L'adhésion à la mutuelle donne de plein droit à ses membres l'accès aux réalisations sanitaires et sociales de la mutuelle, des Unions auxquelles elle a adhéré et aux centres de soins des organismes selon les accords passés.

Article 6 – Dispositions informatique et libertés

Les informations relatives à l'application du contrat sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé.

Chaque membre participant peut obtenir à tout moment communication, et le cas échéant rectification, des informations détenues à son nom en s'adressant à la mutuelle.

TITRE 2 – Adhésion

Article 7 - Bénéficiaires

Pour adhérer, une personne doit pouvoir justifier qu'elle bénéficie pour elle et ses ayants droit des prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie maternité quel qu'il soit et résider en Nouvelle-Calédonie.

Sont membres participants les employeurs et l'ensemble de leur personnel, ou l'ensemble du personnel d'une même catégorie, qui, par contrat d'adhésion, ont été admis à la mutuelle. Par exception, les employeurs de gens de maison ne peuvent être que membres honoraires de la mutuelle.

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent :

- sur présentation du livret de famille le/la conjoint(e) rattaché(e) au bénéficiaire et adhérent à la caisse primaire de Nouvelle-Calédonie,
- sur présentation d'un certificat de concubinage le/la concubin(e) depuis plus d'un an adhérent à la caisse primaire de Nouvelle-Calédonie
- sur présentation des pièces justificatives, les enfants à charge,
- sur présentation d'un certificat de pacs les conjoint(e)s pacsé(e)s adhérent à la caisse primaire de Nouvelle-Calédonie,

- les ascendants à charge fiscalement, sur présentation des pièces justificatives.
- Les enfants célibataires à charge de moins de 18 ans, ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent leurs études en Nouvelle-Calédonie.

Lorsque l'ayant droit d'un membre participant d'une mutuelle bénéficie d'une couverture complémentaire santé couvrant le même risque que celui pour lequel le membre participant adhère à une mutuelle, il peut être dispensé, sur demande du membre participant, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire santé de ce dernier.

Le membre participant doit justifier que ses ayants droit disposent d'une couverture complémentaire santé au moment de la demande de dispense.

Les mutuelles doivent informer par tous moyens leurs membres participants de cette possibilité de dispense.

Article 8 – Modalités de l'adhésion

- 8.1 Acte d'adhésion

Par la signature du contrat d'adhésion, sur lequel sont indiquées les références de la garantie choisie, le souscripteur accepte les droits et obligations définis par le présent règlement, ainsi que les dispositions des statuts de la mutuelle.

La mutuelle remet au souscripteur un exemplaire des statuts, un exemplaire du présent règlement et le descriptif de la garantie souscrite. Chaque adhérent peut demander à la mutuelle la communication des mêmes documents.

En faisant acte d'adhésion pour lui-même et ses ayants droit, l'adhérent accepte les droits et obligations définis par le présent règlement, ainsi que les dispositions des statuts de la mutuelle. Il devient membre participant de la mutuelle. Il bénéficie alors des prestations proposées par la mutuelle, dans le cadre de la garantie souscrite, et en ouvre le bénéfice à ses ayants droit à travers les cotisations versées.

Le souscripteur et l'adhérent s'engagent à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la mutuelle la mise en œuvre des garanties souscrites.

- 8.2 Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion correspond à celle mentionnée au bulletin d'adhésion et acceptée par la mutuelle. Elle ne peut pas être antérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion ou de souscription. Les demandes d'adhésion à effet rétroactif peuvent être acceptées selon le cas d'espèce dans la limite de trois (3) mois.

- 8.3 Pièces justificatives

Lors de l'adhésion, l'adhérent doit fournir notamment les pièces suivantes :

- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé,
- si le bénéficiaire n'est pas assuré CAFAT, une copie de la carte d'assuré social émanant de son organisme de base,
- un RIB ou RIP d'un compte ouvert en Nouvelle-Calédonie.

Article 9 – Périodes de stage

Les adhérents de la section Interentreprises sont immédiatement assurés sans condition de délai.

Si leur adhésion est postérieure à celle de l'adhérent, les ayants droit inscrits dans les trois (3) mois, du mariage, du début de concubinage, de la naissance ou de la perte de leur qualité d'adhérent à la Mutuelle du Commerce, ne subissent aucun délai de carence, sous réserve que leur adhésion prenne effet à la date de mariage, du début de concubinage, du début du pacs, de la date de naissance ou du mois suivant la perte de leur ancienne qualité d'adhérent. A défaut, un délai d'attente de un (1) mois leur est appliqué.

Article 10 – Informations

Tout au long de l'adhésion, l'entreprise souscriptrice doit déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois, tout changement qui serait de nature à affecter les garanties et notamment la perte de tout effectif salarié.

L'adhérent doit déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois, tout changement qui serait de nature à affecter les garanties, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation en regard de son régime obligatoire d'assurance maladie maternité.

Pour l'application de l'alinéa précédent, un contrat d'adhésion détermine les droits et obligations

respectifs des mutuelles concernées et, notamment, les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les dispositions relatives à l'information des membres participants ainsi que des mutuelles souscriptrices.

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale d'une mutuelle doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par la mutuelle.

Article 11 – Changement de garanties

L'entreprise souscriptrice peut demander un changement de garantie.

Aucun délai n'est requis si la nouvelle garantie est d'un niveau supérieur à la précédente.

Si la nouvelle garantie est d'un niveau inférieur à la précédente, elle doit être demandée au moins trois mois avant la date d'effet souhaitée et ne peut intervenir au plus tôt après un an de cotisation du contrat en cours.

Article 12 – Durée de souscription et d'adhésion

La durée de souscription est prévue au contrat d'adhésion. Elle est renouvelable automatiquement par tacite reconduction pour une période de douze (12) mois.

L'adhésion du salarié prend fin à la date de cessation de son contrat de travail.

L'adhésion d'un ayant droit prend fin dès lors qu'il ne remplit plus les conditions prévues à l'article 7.

L'adhésion d'un bénéficiaire prend fin également à la date :

- du décès,
- de la perte du régime obligatoire d'assurance maladie maternité.

Les adhérents, assurés sociaux qui n'ouvrent pas droit au régime obligatoire d'assurance maladie maternité (travailleurs indépendants en intégration partielle, activité insuffisante), bénéficient néanmoins des prestations de la mutuelle dans les conditions habituelles.

Article 13 – Résiliation

Pour les opérations individuelles, le membre participant peut mettre fin à son adhésion en

envoyant une lettre recommandée à la mutuelle dans un délai de 3 mois avant la date d'échéance.

Pour les opérations collectives, l'entreprise souscriptrice peut mettre fin aux garanties sous réserve d'un préavis de trois (3) mois, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception. Si la durée de souscription n'est pas prévue au contrat d'adhésion, l'entreprise souscriptrice peut mettre fin aux garanties, sous réserve d'un préavis de trois (3) mois, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception.

La mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif et radier une entreprise souscriptrice en cas de non paiement des cotisations conformément aux dispositions prévues à l'article 24 du présent règlement.

La mutuelle peut également mettre fin à l'adhésion d'un membre participant lorsque celui-ci a cherché à percevoir de la mutuelle des prestations indues. Dans ce cas, la radiation prend effet dès connaissance des faits par la mutuelle et ce, sans préjudice des poursuites que la mutuelle pourrait engager.

Article 14 – Effets de la résiliation

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation ou de la radiation.

A compter de sa date de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la carte mutualiste et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

TITRE 3 – Prestations

Article 15 – Prestations garanties

Sous réserve des dispositions de l'article 9 du présent règlement, les prestations sont servies dès la date d'effet de l'adhésion à condition que la date des soins ou la date de survenance de l'évènement soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion. Ne sont pas pris en charge les séjours en établissement hospitalier ou clinique dont le premier jour de séjour se situe avant la date d'effet de l'adhésion.

Les prestations garanties sont servies conformément à celles choisies sur le contrat d'adhésion. Elles sont limitées aux frais réellement engagés, en tenant compte de l'intervention du régime obligatoire, qu'elle soit effective ou non, et éventuellement de tout autre organisme complémentaire.

Les frais de soins de santé sont pris en charge par la mutuelle en fonction des prestations et limites précisées au descriptif de la garantie choisie.

Sont pris en charge par la mutuelle les frais de soins de santé en petit et moyen risque donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de la CAFAT.

La date des soins est déterminée en fonction de la réalisation du service, à savoir :

- actes professionnels (actes médicaux, dentaires, de biologie, actes des auxiliaires médicaux) : date des soins ou des examens,
- frais de transport : date d'exécution,
- biens médicaux (médicaments, optique, appareillages) : date de délivrance,
- prothèses dentaires : date d'achèvement des travaux,
- orthodontie : date de facturation,
- séjours en hospitalisation : chaque jour d'hospitalisation

Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire CAFAT indiquées expressément au descriptif de la garantie choisie.

La mutuelle se réserve cependant la possibilité de missionner son médecin conseil pour la prise en charge de certaines prestations.

Article 16 – Modalités de remboursement

Les prestations garanties sont versées directement aux adhérents par virement sur un compte ouvert en Nouvelle-Calédonie ou exceptionnellement par chèque. L'adhérent doit adresser à la mutuelle les justificatifs suivants selon le cas :

- originaux des feuilles de soins et des prescriptions s'il y a lieu,
- décomptes de prestations en cas d'intervention en 3^{ème} caisse,
- les documents nécessaires à la connaissance du montant des dépenses engagées,
- en cas d'accident causé par un tiers, une déclaration précise des circonstances de l'accident.

Dans le cas où des accords ont été passés entre la mutuelle et des professionnels de santé pour éviter à l'adhérent de faire l'avance de tout ou

partie des frais, les remboursements sont adressés directement à ceux-ci dans la limite du montant non réglé par l'adhérent.

Article 17 – Exclusions et limites

Ne sont pas pris en charge par la mutuelle :

- d'une façon générale, le risque lourd pris au sens de la réglementation CAFAT,
- les actes non pris en charge par la CAFAT, sauf prestations particulières mentionnées au descriptif des garanties,
- les blessures reçues au cours d'une altercation, d'une émeute ou qui sont la conséquence d'une guerre étrangère ou de la guerre civile,
- les traitements esthétiques,
- les mutilations volontaires,
- les accidents scolaires,
- les accidents sportifs,
- les accidents de la voie publique avec un tiers responsable,
- les maladies causées par l'abus de stupéfiants,
- les prestations ayant pour origine un acte délictueux du bénéficiaire.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle 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.

Article 18 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit aux bénéficiaires, victimes d'un accident, dans leur action contre un tiers responsable et dans la limite des frais qu'elle a engagés. En cas de pratique d'un sport, à titre professionnel ou amateur, la mutuelle intervient dans la limite de ses garanties après les autres assureurs qui couvrent le risque lié à la pratique de ce sport.

Article 19 – Prescription

Toute action dérivant de l'exécution du contrat est prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court pas :

1- A partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance, en cas de réticence, omission, fausse déclaration ou déclaration inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant,

2-Si le risque se réalise, le délai court à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'avaient ignoré jusque là.

3-Quand l'action du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce dernier a exercé l'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, dans le cas prévu à l'article 67 alinéa 6 de la Loi N°20 13-4 du 7 juin 2013. Enfin pour les contrats d'assurance vie, les actions du ou des bénéficiaires sont prescrites au plus tard TRENTE ans à compter du décès du bénéficiaire.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées par la mutuelle, doit être instruite dans un délai de trois (3) mois à compter du paiement ou de la décision de refus.

Les demandes de paiement de prestations sont prescrites dans le délai de DEUX ans à compter de la date des soins. Elle peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de prescription.

Article 20 – Déchéance

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou 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.

TITRE 4 – Cotisations

Article 21 – Montant des cotisations

Les cotisations sont déterminées ou pour une année civile ou pour une année calendaire, en fonction de la garantie choisie.

Article 22 – Révision des cotisations

Les cotisations sont révisées chaque année. Cette révision tient compte :

- de l'assujettissement éventuel à de nouvelles taxes ou contributions applicables à la mutuelle,
- de l'évolution des dépenses de santé constatée par la mutuelle,
- des changements de taux de prise en charge ou conditions de remboursement de l'organisme obligatoire d'assurance maladie maternité,
- de l'évolution des tarifs de prestations.

Si la réglementation du régime de base venait à évoluer d'une manière importante en cours d'année, entraînant une modification des engagements de la mutuelle, celle-ci pourrait procéder à l'ajustement des cotisations avant l'échéance annuelle.

En cas de création ou de modification de taxes ou contributions applicables aux mutuelles, leur montant pourrait être répercuté immédiatement sur la cotisation.

Article 23 – Paiement des cotisations

Un appel de cotisations est établi par la mutuelle et adressé à l'entreprise souscriptrice par courrier, télécopie ou par mail.

Le paiement de la cotisation doit intervenir au plus tard le 10 du mois suivant l'échéance.

Au moment de la signature du contrat d'adhésion, l'entreprise souscriptrice doit régler notamment les cotisations du mois et un acompte de 50 %, remboursable en cas de résiliation. Cet acompte peut être réévalué dans le temps en fonction de l'évolution des effectifs de l'entreprise.

Article 24 – Défaut de paiement des cotisations

Le défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de

son échéance peut entraîner la suspension des garanties. La radiation ne peut intervenir qu'à l'expiration d'un délai de trente (30) jours, à partir de la date d'envoi, après la mise en demeure de l'entreprise souscriptrice.

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

Il peut, toutefois, être sursis à l'application de ces mesures pour les entreprises qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement de la cotisation.

La suspension ni la radiation ne font pas obstacle au droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice.

La garantie résiliée reprend ses effets dès lors qu'a été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celle venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

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

Les entreprises radiées pour non paiement des cotisations ne peuvent être admises à adhérer de nouveau tant que leur situation n'a pas été régularisée.

Article 25 – Section Retraités

Les anciens membres participants de la section Interentreprises, bénéficiant d'une retraite CAFAT, peuvent demander leur adhésion en section Retraités.

Les anciens membres participants de la section interentreprises bénéficiant d'une retraite autre que celle versée par la CAFAT peuvent demander

leur adhésion en section Retraités. Les demandes feront l'objet d'une étude spécifique.

TITRE 5 – Frais d'obsèques

Article 26 – Prestations garanties

La garantie, si elle est souscrite dans le cadre d'un contrat collectif de prévoyance, a pour objet d'assurer le versement, en cas de décès de l'adhérent ou de l'un de ses ayants droit tels que définis à l'article 7 du présent règlement, d'une indemnité forfaitaire pour frais d'obsèques.

Les frais de concession ne sont pas considérés comme faisant partie des frais d'obsèques.

La prestation est versée à l'adhérent s'il s'agit d'un de ses ayants droit.

A défaut, la prestation est versée au conjoint survivant ou à ses héritiers sur présentation d'un certificat d'hérédité.

Article 27 – Exclusions particulières

La mutuelle ne prend pas en charge les risques résultants :

- directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères,
- directement ou indirectement d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiations lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle des particules.

Article 28 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit aux adhérents victimes d'un accident, dans leur action contre un tiers responsable et dans la limite des dépenses qu'elle a supportées.