



---

Toujours à vos côtés, encore plus accessible

# RÈGLEMENT MUTUALISTE SURCOMPLÉMENTAIRE

## Chapitre I - Dispositions générales

### **Article 1 - Objet du règlement mutualiste**

En application de l'article L. 114-1 du code de la mutualité, il est établi le présent règlement mutualiste individuel surcomplémentaire.

Celui-ci a pour objet de définir les engagements contractuels existant entre la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire – MCEN (ci- après dénommée la Mutuelle) et ses adhérents, en ce qui concerne les cotisations et les prestations auxquelles ces derniers peuvent prétendre dans le cadre d'une couverture surcomplémentaire santé, venant compléter la couverture complémentaire santé obligatoire « socle » dite Régime de Base Frais de Santé – MCEN, dans la limite des frais réels.

Ce règlement s'impose, au même titre que les Statuts de la MCEN, à tous les adhérents et ayants-droit, assurés au titre d'une surcomplémentaire.

### **Article 2 - Adoption et modifications du règlement mutualiste**

Le présent règlement mutualiste et ses modifications sont adoptés par l'Assemblée Générale de la MCEN sur proposition du Conseil d'Administration. Toutefois, le Conseil d'Administration peut, sur délégation de l'Assemblée Générale, décider de modifier le montant des cotisations et/ou des prestations.

### **Article 3 - Acceptation du règlement mutualiste**

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation sans réserve des dispositions des Statuts de la MCEN et du présent règlement mutualiste.

Les garanties surcomplémentaires, prestations et cotisations définies dans le présent document ont été déterminées en fonction de la réglementation applicable au moment de l'adoption du présent règlement.

Toute modification réglementaire, conventionnelle et/ou législative susceptible de remettre en cause l'expression, la nature ou l'équilibre des garanties surcomplémentaires et tarifs donnera lieu aux aménagements nécessaires. Lesdits aménagements seront préparés par le Conseil d'Administration aux fins de les soumettre à la validation de l'Assemblée Générale la plus proche. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties surcomplémentaires resteront acquises sur la base du présent règlement.

### **Article 4 - Conditions d'adhésion au règlement mutualiste individuel surcomplémentaire**

Peuvent adhérer au présent règlement, les personnes affiliées au titre du contrat collectif, au Régime de Base Frais de Santé de la MCEN, souscrit par :

- un office notarial (quel que soit son régime obligatoire de sécurité sociale),
- un organisme assimilé relevant de la Convention collective du Notariat (quel que soit son régime obligatoire de sécurité sociale),
- un organisme rattaché à la profession sous réserve que ledit organisme en fasse la demande et que celui-ci soit agréé par la Commission Mixte Paritaire.

### **Article 5 – Ayants-droit**

Bénéficient également des garanties surcomplémentaires les ayants-droit affiliés à la MCEN à un régime de base collectif.

La présentation régulière des pièces justificatives nécessaires à la reconnaissance de la qualité d'ayants-droit et de leur couverture par un régime complémentaire « socle », conditionne l'ouverture et le maintien des garanties surcomplémentaires.

### **Article 6 - Formalités d'adhésion**

L'engagement réciproque de l'adhérent et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin et de son acceptation par la Mutuelle. Ce bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné d'un mandat de prélèvement bancaire dûment rempli et signé.

L'acceptation de la demande d'adhésion est matérialisée par l'envoi d'une lettre d'acceptation.

L'adhérent choisit l'option de garantie surcomplémentaire à laquelle il souhaite adhérer, pour lui-même et ses ayants droit, sur le bulletin d'adhésion qu'il adresse à la Mutuelle. Les ayants-droit bénéficient obligatoirement de la même couverture que l'assuré.

En cours d'adhésion, l'adhérent peut ajouter des ayants-droit dûment déclarés et affiliés à la couverture complémentaire « socle » - Régime de Base Frais de Santé -, sous réserve d'en formuler la demande auprès de la MCEN en adressant un nouveau bulletin d'adhésion.

### **Article 7 - Date d'effet et durée de l'adhésion**

L'adhésion prend effet, pour l'adhérent et ses ayants droit, au plus tard, au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion au présent règlement, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1<sup>er</sup> janvier, pour une durée de 1 an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties.

### **Article 8 - Information des adhérents**

#### **8. 1 - Lors de la demande d'adhésion au règlement**

Conformément à l'article L. 221-4 du code de la mutualité, la Mutuelle remet à chaque adhérent, un bulletin d'adhésion, ses statuts et le règlement mutualiste définissant ses droits et obligations, les garanties surcomplémentaires et leurs modalités d'application.

#### **8. 2 - Lors d'une modification du règlement approuvée par l'Assemblée Générale**

En cas de modification du présent règlement, la Mutuelle s'engage à remettre à chaque adhérent, avant la date d'application prévue, une lettre d'information, spécifiant les aménagements décidés par son Assemblée générale, ou par le Conseil d'Administration sur délégation.

### **Article 9 – Résiliation à l'initiative de l'assuré**

Dans le respect de l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité, l'assuré peut résilier le contrat, après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de souscription. La résiliation prend effet un mois après que la MCEN en a reçu notification.

La notification de dénonciation peut être effectuée : soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration au siège social. Lorsque le contrat est résilié, l'assuré 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 de résiliation. Les éventuelles cotisations perçues post-résiliation seront remboursées par la MCEN à l'assuré.

**Article 10 - Résiliation à l'initiative de la MCEN**

La MCEN peut résilier le contrat de l'assuré ayant fourni de fausses déclarations dans les conditions précisées à l'article 27.1 du présent règlement, ou s'il n'est plus adhérent au contrat complémentaire « socle » - Régime de Base Frais de Santé -. Elle se réserve également le droit de radier l'assuré n'ayant pas payé ses cotisations, selon les dispositions de l'article 18 du présent règlement.

**Article 11 - Droit de renonciation**

L'adhérent, qui a signé un bulletin d'adhésion auprès de la Mutuelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à la MCEN, 22 rue de l'Arcade, 75397 Paris CEDEX 08, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

**Modèle de lettre de renonciation**

*Je soussigné(e) : Nom, Prénom, adresse, N° d'adhérent déclare, en application des articles L. 221-18 et L. 223-8 du code de la mutualité, renoncer à mon adhésion à la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire pour les garanties surcomplémentaires et m'engage à rembourser toutes les prestations reçues à la suite de cette adhésion.*

Les cotisations déjà versées par lui seront remboursées par la MCEN dans un délai de 30 jours suivant la réception de la lettre recommandée. Si dans l'intervalle, l'adhérent ou un de ses ayants-droit a bénéficié des prestations garanties par le présent Règlement, il devra rembourser à la MCEN les montants perçus dans un délai de 30 jours.

**Article 12 - Changement d'option**

Le changement d'option est possible après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de souscription.

En cas de changement d'option pour une garantie inférieure, l'adhérent peut reprendre une garantie supérieure passé un délai de trois ans.

En cas de changement d'option, les actes et soins dont la date est antérieure à la date d'effet de la modification sont remboursés conformément à l'option de garantie surcomplémentaire précédemment souscrite par l'assuré.

La date de référence retenue est celle de la date de réalisation du risque, telle que définie à l'article 23 du présent règlement.

**Article 13 - Cessation des garanties surcomplémentaires**

Les garanties surcomplémentaires cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour un adhérent au jour de son décès, ou à compter de la date à laquelle il ne bénéficie plus d'une couverture complémentaire « socle » - Régime de Base Frais de Santé - MCEN.

Pour les ayants-droit, l'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet :

- au jour du décès de l'adhérent ;
- à compter du jour où la résiliation de l'adhérent a été enregistrée par la Mutuelle et ce conformément à l'article 9 du présent règlement ;
- à compter du jour où la résiliation de l'adhérent a été prononcée par la Mutuelle ;

- à compter du jour où ils ne peuvent plus justifier de la qualité d'ayant-droit au sens de l'article 10 des Statuts ;
- en cas de demande par l'adhérent, de résiliation de leur affiliation.

**Chapitre II – Cotisations****Article 14 - Objet des cotisations**

Les adhérents de la MCEN s'engagent au versement d'une cotisation annuelle payable selon les dispositions de l'article 17.

**Article 15 - Détermination des cotisations**

Les cotisations sont calculées en fonction des prestations surcomplémentaires couvertes et de la composition de la famille de l'adhérent.

La Mutuelle ne peut instituer de différence de cotisations basée sur l'état de santé des adhérents et de leurs ayants-droit.

La Mutuelle peut fixer une cotisation globale couvrant l'adhérent et ses ayants-droit ou bien une cotisation par bénéficiaire.

**Article 16 - Révision des cotisations**

Les cotisations afférentes aux garanties surcomplémentaires sont réévaluées périodiquement, par l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale peut également déléguer ce pouvoir au Conseil d'Administration.

**Article 17 - Paiement des cotisations**

La cotisation est annuelle. Elle est appelée directement auprès des adhérents.

L'adhérent reçoit en début de chaque période annuelle d'assurance, un échéancier qui détermine les dates d'échéance et celles de l'exigibilité des cotisations.

La cotisation annuelle est acquittée mensuellement par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal. Les cotisations sont dues pendant toute la durée de l'adhésion, y compris pendant les périodes de maladie, accident et arrêt de travail de l'adhérent.

Les frais générés par la non-réalisation d'une opération de versement de cotisation, telle que prélèvement rejeté, seront intégralement mis à la charge de l'adhérent et cumulé aux échéances dues.

**Article 18 - Défaut de paiement des cotisations**

A défaut de paiement de la 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 peut être suspendue après un délai de trente jours à compter de la date de première présentation d'une lettre de mise en demeure adressée à l'adhérent. 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 les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent 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 surcomplémentaires.

La garantie surcomplémentaire 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 cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

#### **Article 19 - Remboursement des cotisations**

La résiliation de l'adhérent donne droit au remboursement des cotisations payées d'avance, afférente à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet résiliation.

La résiliation pour cause de décès de l'adhérent donne lieu au remboursement des cotisations payées d'avance afférente à la période d'assurance postérieure au mois de son décès.

### **Chapitre III – GARANTIES ET PRESTATIONS**

#### **Article 20 - Objet des garanties surcomplémentaires frais de santé**

Les garanties surcomplémentaires frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'adhérent et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des prestations versées par le régime d'assurance maladie obligatoire et par la couverture complémentaire santé obligatoire « socle » - Régime de Base Frais de Santé - dont il bénéficie au titre de son contrat de travail.

#### **Article 21 - Prestations garanties**

Les prestations assurées par le présent règlement mutualiste correspondent, dans le cadre et les limites de l'option de garantie surcomplémentaire souscrite, au montant de la somme restant à charge de l'assuré, après remboursement par la couverture complémentaire santé obligatoire « socle ».

Le détail des prestations par option de garantie surcomplémentaire figure dans le tableau de garanties.

#### **Article 22 - Demandes de remboursement**

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la MCEN :

- soit, par télétransmission de type « NOEMIE » ou autre, directement en provenance de l'organisme de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire,
- soit, en relation directe par échange de données informatiques avec les professionnels de santé et établissements de soins suivant les normes en vigueur,
- soit, sur présentation, par l'adhérent, des décomptes de l'organisme de sécurité sociale, et/ou des factures originales détaillées.

#### **Article 23 - Droits aux prestations**

Aucun remboursement de prestation au titre de l'une des options de garantie n'est dû à l'adhérent ou à ses ayants-droit dans le cas où le fait générateur de la mise en jeu de garantie intervient avant la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

De même, aucune prestation n'est due par la Mutuelle si le fait générateur intervient après la date de fin d'effet de la couverture pour l'adhérent et ses ayants-droit.

Est considéré comme fait générateur :

- pour les frais de santé en général : la date des soins figurant sur

le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou la facture ;

- pour les prestations non remboursées par la sécurité sociale : la date d'exécution des soins ou la date figurant sur la facture ;
- pour l'hospitalisation, la date d'hospitalisation.

#### **Article 24 - Paiement des prestations**

Le règlement des prestations est effectué par virement direct sur le compte bancaire ou le compte postal de l'adhérent ou son ayant-droit dont le RIB a été fourni.

#### **Article 25 - Principe indemnitaire**

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale.

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 présent règlement peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### **Article 26 - Prescription**

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L.221-11 et L.221-12 du code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle 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.

La prescription est portée à dix ans, pour les opérations en cas de décès, lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent.

Quand l'action de l'adhérent, 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 tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé, y compris devant une Juridiction incompétente et même lorsque l'acte de saisine est annulé en raison d'un vice de procédure ;
- acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par la MCEN au membre participant en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par le membre participant à la MCEN en ce qui concerne le règlement de la prestation.

En conséquence, toute réclamation concernant un remboursement de prestation ne pourra être reçue deux ans après la date du paiement ou du refus de paiement effectué par la Mutuelle.

**Article 27 - Fausse déclaration****27.1 - Fausse déclaration intentionnelle**

La garantie surcomplémentaire accordée à l'adhérent ou à ses ayants-droit par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de leurs parts, 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 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.

**27.2 - Fausse déclaration non intentionnelle**

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent ou de son ayant-droit dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au présent règlement. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent : à défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent 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 l'adhérent par rapport aux taux de cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

**Chapitre VI – DISPOSITIONS DIVERSES****Article 28 - Subrogation**

En vertu de l'article L. 224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations indemnitaires mentionnées audit article, la Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

La Mutuelle étant subrogée de plein droit, les membres participants s'engagent à répondre aux demandes de renseignements permettant à la MCEN de mener à bien son action contre les tiers responsables d'accident.

La Mutuelle peut, en cas de retard à lui fournir les renseignements utiles à l'exercice de sa subrogation, réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé, conformément à l'article L. 221-16 du code de la mutualité.

**Article 29 - Autorité de contrôle**

L'autorité chargée du contrôle de la MCEN est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 4, place de Budapest – CS92459 - 75436 PARIS CEDEX 07 - France.

**Article 30 - Réclamation**

Les réclamations visant le présent contrat ou son exécution peuvent être effectuées ainsi qu'il suit :

- par courriel : [nlachaud@mcen.fr](mailto:nlachaud@mcen.fr)
- par lettre simple ou recommandée au nom de Nathalie LACHAUD, Service Réclamation, à l'adresse suivante : 22, rue de l'arcade 75397 PARIS CEDEX 08
- par téléphone directement auprès d'un responsable au siège de la Mutuelle : Nathalie LACHAUD 01.70.38.39.15

Quel que soit le sujet de la réclamation, le membre participant doit indiquer :

- la nature exacte de la réclamation ;
- le numéro du contrat ou le numéro d'adhérent concerné ;
- son adresse et son état civil complet (nom de famille et nom d'usage) ;
- ses date et lieu de naissance (ou ceux du ou des bénéficiaires concernés) ;
- toute autre référence portée à sa connaissance : numéro de compte, numéro de dossier en cours.

Il lui est également recommandé de joindre à sa réclamation la copie des documents nécessaires à la bonne compréhension de cette dernière, sans se démunir des originaux des pièces envoyées et en conservant une copie de ses demandes et des réponses qui lui sont faites.

**Article 31 - Médiation**

La mutuelle a fait le choix d'utiliser les services de :

Monsieur le Médiateur de la consommation  
de la Mutualité Française  
FNMF

255 rue Vaugirard  
75719 PARIS CEDEX 15

Email : [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr).

Le médiateur peut être saisi par le membre participant ou son ayant-droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la MCEN. Le règlement de la médiation de la consommation est disponible sur le site [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr).

**Article 32 – Protection des données personnelles**

Depuis le 25 mai 2018, le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) est entré en application. Il a pour objectif de mieux protéger les personnes concernant le traitement de leurs données personnelles.

Les informations personnelles et nominatives concernant les assurés, recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement automatisé nécessaire à l'exécution du contrat dont la finalité est de gérer l'adhésion, servir des prestations et proposer des garanties optionnelles à titre individuel.

Dans le cadre de l'application des dispositifs du code monétaire et financier, le recueil de certaines informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Les données sont collectées et traitées par la MCEN et en tant que de besoin, par ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Mutuelle peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

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

Le responsable du traitement est la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire située 22, rue de l'Arcade 75397 PARIS Cedex 08.

Les personnels qui ont connaissance des informations données par l'assuré dans le cadre de la gestion du contrat sont tenues au secret professionnel en vertu de l'article L226-13 du Code pénal. La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix ans.

Les données à caractère personnel détenues par la Mutuelle sont hébergées en France.

La Mutuelle met tout en œuvre pour sécuriser et préserver les données collectées.

En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016, l'assuré ou son ayant-droit peut demander à accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, effacer, limiter le traitement, en demander la portabilité ou s'opposer à leur communication à un tiers. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier simple accompagné d'un justificatif d'identité à la MCEN, 22 rue de l'Arcade 75397 Paris Cedex 08 à l'attention de la Responsable de la Conformité chargée du droit d'accès.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.