



Toujours à vos côtés, encore plus accessible

RÈGLEMENT MUTUALISTE SURCOMPLÉMENTAIRE

APPROUVÉ LORS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 15 JUIN 2017

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 sur-complémentaire.

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 membres participants, en ce qui concerne les cotisations et les prestations auxquelles ces derniers peuvent prétendre dans le cadre d'une couverture surcomplémentaire santé, venant compléter le régime d'assurance maladie obligatoire et la couverture complémentaire santé obligatoire « socle » dite Régime de Base Frais de Santé dont ils bénéficient au sein de leur entreprise, dans la limite des frais réels.

Ce règlement s'impose, au même titre que les Statuts de la MCEN, à tous les membres participants, ayants droit bénéficiaires adhérant à titre individuel.

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 des membres participants

Peuvent adhérer à la MCEN à titre individuel, les salariés :

- percevant une rémunération :
 - des offices notariaux (quel que soit leur régime obligatoire de sécurité sociale),
 - des organismes assimilés relevant de la Convention collective du Notariat (quel que soit leur régime obligatoire de sécurité sociale),
 - des organismes rattachés à la profession sous réserve que ledit organisme en fasse la demande et que celui-ci soit agréé par la Commission Mixte Paritaire.
- et affiliés au contrat collectif complémentaire au régime obligatoire de sécurité sociale.

Ils ont, du fait de ces adhésions, la qualité de membre participant de la Mutuelle.

Article 5 - Ayants droit

Dès lors que le membre participant adhère au Règlement Mutualiste Surcomplémentaire, ses ayants droit dûment déclarés et affiliés à la couverture complémentaire « socle » - Régime de Base Frais de Santé -

bénéficient, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, des garanties surcomplémentaires et prestations souscrites.

Il convient d'entendre par ayants droit :

- le conjoint non divorcé, ni séparé de corps à charge du membre participant au sens du régime de sécurité sociale,
- la personne signataire d'un PACS la liant à un membre participant à charge au sens du régime de sécurité sociale,
- les enfants à charge du membre participant au sens du régime de sécurité sociale,
- les enfants âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant leur affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants (jusqu'au 31 décembre de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de ne pas bénéficier de par ce contrat, d'un régime de même nature à adhésion obligatoire,
- les enfants âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi au terme de leurs études, pendant une durée maximale d'un an,
- les enfants reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et percevant des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées,
- les personnes considérées par le régime de sécurité sociale comme ayants droits desdits membres participants pour les prestations maladie.

Peuvent également être désignés en qualité d'ayants droit :

- le conjoint du membre participant non divorcé, ni séparé de corps bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale,
- la personne signataire d'un PACS la liant au membre participant bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale,
- le concubin du membre participant bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale, sous réserve d'attestation sur l'honneur de l'affilié,
- les enfants rattachés, pour le bénéfice des prestations maladie et maternité, au régime du conjoint ayant droit du membre participant.

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 du membre participant et de la MCEN résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion par le futur membre participant et de son acceptation par la Mutuelle.

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

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 par la MCEN est matérialisée par la délivrance d'une carte de tiers payant.

En cours d'adhésion, le membre participant 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 le membre participant et ses ayants droit, au plus tard, au premier jour du mois de 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 1er janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties.

Article 8 - Information des membres participants

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 futur membre participant, 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 membre participant, 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 - Démission du membre participant

Le membre participant a la faculté de démissionner à chaque échéance annuelle en adressant à la MCEN une lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit avant le 31 octobre de chaque année.

La démission du membre participant peut, par dérogation à la règle des 12 mois, s'effectuer à tout moment en cas de mariage, divorce, début ou fin de concubinage, début ou fin de PACS, décès d'un ayant droit, rupture ou modification importante de son contrat de travail (ex. : passage d'un emploi à temps plein à temps partiel) ou de celui de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

Article 10 - Radiation du membre participant

La MCEN peut radier tout membre participant 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 tout membre participant n'ayant pas payé ses cotisations, selon les dispositions de l'article 18 du présent règlement.

Article 11 - Droit de renonciation

Le membre participant, qui a signé un bulletin d'adhésion à la Mutuelle, a la faculté de résilier son adhésion, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de son adhésion, ou de la date à laquelle il reçoit, les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cet événement est postérieur, par lettre recommandée avec accusé de réception à la MCEN, 22 rue de l'Arcade, 75397 Paris CEDEX 08.

Modèle de lettre de renonciation à adresser par pli recommandé à :
MCEN

22, rue de l'Arcade
75397 PARIS CEDEX 08

Je soussigné(e) : Nom, Prénom, adresse, N° de sécurité sociale

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.

De ce fait, les garanties ne prennent effet qu'à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours.

Toutefois, s'il souhaite que ses garanties prennent effet immédiatement, sans attendre l'expiration du délai de rétractation, le membre participant peut expressément le demander sur son bulletin d'adhésion.

Les sommes déjà versées par lui seront remboursées par la MCEN dans un délai de 30 jours suivant la réception de la lettre recommandée adressée. Si dans l'intervalle, le membre participant 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 de formule

Le membre participant choisit la formule 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 MCEN.

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

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

Le changement de formule n'est autorisé qu'au 1^{er} janvier de chaque année à condition que sa demande soit reçue au plus tard le 31 octobre de l'année précédente.

Le changement de formule peut, par dérogation à la règle des 12 mois, s'effectuer à tout moment en cas de mariage, divorce, début ou fin de concubinage, début ou fin de PACS, décès d'un ayant droit, rupture ou modification importante de son contrat de travail (ex. : passage d'un emploi à temps plein à temps partiel) ou de celui de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

Article 13 - Cessation des garanties surcomplémentaires

Les garanties surcomplémentaires cessent à la date d'effet de la démission, de la radiation ou de la résiliation de l'adhésion du membre participant.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour un membre participant 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 -.

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

- au jour du décès du membre participant ;
- à compter du jour où la démission du membre participant a été enregistrée par la Mutuelle et ce conformément à l'article 9 du présent règlement ;
- à compter du jour où la radiation du membre participant 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 5 du présent règlement ;
- en cas de demande par le membre participant, de résiliation de leur affiliation.

Chapitre II

Cotisations

Article 14 - Objet des cotisations

Les membres de la MCEN s'engagent au versement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations surcomplémentaires assurées par la Mutuelle, à ses frais de gestion, à ses provisions et amortissements et à ses réserves.

Article 15 - Détermination des cotisations

Les cotisations sont calculées en fonction des prestations surcomplémentaires couvertes et de la composition de la famille du membre participant.

La MCEN ne peut instituer de différence de cotisation basée sur l'état de santé des membres participants et de leurs ayants droit.

La MCEN peut fixer une cotisation globale couvrant le membre participant 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 membres participants.

Le membre participant recevra 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 le membre participant 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 du membre participant.

Les frais générés par la non-réalisation d'une opération de versement de cotisation, telle que prélèvement rejeté, seront intégralement mis à la charge du membre participant.

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 au 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 MCEN 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, 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 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 démission et la radiation du membre participant ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées au titre des garanties optionnelles.

Seule la démission pour cause de décès du membre participant donnera lieu au remboursement de la quote-part de cotisations payées afférente à la période d'assurance postérieure à 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 au membre participant 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 la formule de garantie surcomplémentaire souscrite, au montant de la somme restant à charge du

membre participant après remboursement du régime obligatoire et de la complémentaire santé obligatoire d'entreprise.

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

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 le membre participant, 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 la formule de garantie n'est dû au membre participant ou à ses ayants droit bénéficiaires 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 MCEN si le fait générateur intervient après la date de fin d'effet de la couverture pour le membre participant 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 du membre participant ou du bénéficiaire 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 lorsque les bénéficiaires, en cas de décès du membre participant, sont les ayants droit de la victime.

Quand l'action du participant, 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 le membre participant 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 ; 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 MCEN.

Article 27 - Fausse déclaration

27.1 - Fausse déclaration intentionnelle

La garantie surcomplémentaire 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 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 du membre participant 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 le membre participant : à défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix 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 aux taux de cotisations qui auraient été dus, 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 Prudential et de Résolution, sise 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 - France.

Article 30 - Réclamation

Toute réclamation peut être adressée à la MCEN :

Par courrier : Service Réclamation

22, rue de l'Arcade

75397 PARIS CEDEX 08

Par Internet : communication@mcen.fr

Par téléphone : 01 70 38 40 40

Article 31 - Médiation

Le membre participant a la faculté de s'adresser au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. La décision rendue par ce médiateur est sans appel.

FNMF Service Médiation

255, rue Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

E-mail : 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 Mutuelle et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée. Le règlement de la médiation adoptée par la Fédération Nationale de la Mutualité Française est disponible sur le site Internet de la FNMF.

Article 32 - Informatique et Libertés - CNIL

Les informations personnelles et nominatives concernant les membres participants, recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement informatisé afin de gérer les adhésions.

En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, toute personne physique peut demander communication ou rectification ou suppression de toute information le concernant qui figurerait dans les fichiers de la Mutuelle ou, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs, en adressant un courrier simple au siège de la Mutuelle.

Le membre participant peut s'opposer à la communication des données nominatives le concernant à des tiers à des fins commerciales en adressant un courrier au siège de la Mutuelle.

Les personnes qui ont connaissance des informations données par le membre participant dans le cadre de la gestion de son contrat sont tenues au secret professionnel.