mclr
Ma mutuelle santé



Règlement mutualiste

adopté par L'Assemblée Générale
du 29 juin 2024

www.mclr.fr

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Sommaire

Art. 1 : Dénomination sociale de la mutuelle ..... page 3
Art. 2 : Objet du reglement mutualiste ..... page 3
Art. 3 : Adhésion - prise d'effet des garanties ..... page 3
Art. 4 : Catégories de membres participants ..... page 5
Art. 5 : Méthode de calcul de l'age ..... page 9
Art. 6 : Droit d'adhésion ..... page 9
Art. 7 : Montant des cotisations ..... page 9
Art. 8 : Modalités de paiement des cotisations ..... page 9
Art. 9 : Suspension ou remise en vigueur des garanties ..... page 10
Art. 10 : Résiliation des garanties par la mutuelle ..... page 10
Art. 11 : Résiliation des garanties par le souscripteur ..... page 11
Art. 12 : Réservé ..... page 12
Art. 13 : Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations ..... page 12
Art. 14 : Prestations ..... page 12
Art. 15 : Conditions et modalités de déclaration à effectuer auprès de la mutuelle en cas de sinistre ..... page 14
Art. 16 : Délai dans lequel la mutuelle verse les prestations ..... page 16
Art. 17 : Étendue territoriale des prestations ..... page 16
Art. 18 : Élection de domicile informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de ses ayants droit ..... page 16
Art. 19 : Modification des garanties choisies ..... page 17
Art. 20: Subrogation ..... page 17
Art. 21 : Prescription ..... page 17
Art. 22: Loi applicable ..... page 18
Art. 23 : Disposition de la loi informatique et liberté ..... page 18
Art. 24: Autorité de contrôle ..... page 19
Art. 25 : Procédure de règlement des litiges ..... page 19
Art. 26 : Dispositions spécifiques aux garanties accéssoires en inclusion ..... page 19

Annexe 1 : COTISATIONS
Contrats Individuels
Contrats Travailleurs Non Salarié

Annexe 2 : PRESTATIONS
Contrats Individuels
Contrat Travailleurs Non Salarié

Article 1 : Dénomination sociale de la mutuelle

Une Mutuelle appelée MCLR est établie à Lyon 2ème, 15 Bis rue Claudius Collonge.
Elle est régie par le Code de la Mutualité et est soumise aux dispositions de son livre II.

Article 2 : Objet du règlement mutualiste

Le présent règlement, conformément aux dispositions du 5ème alinéa de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire de la MCLR, en ce qui concerne :

- les prestations offertes dans le cadre des contrats responsables tels que définis à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 qui définit les planchers et les plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables »,

- les prestations offertes dans le cadre des contrats surcomplémentaires non responsables,

- les cotisations.

Article 3 : Adhésion - prise d'effet des garanties

Article 3.1 : Modalités d'adhésion

(Conformément aux dispositions du Chapitre I.2 du titre I des statuts de la Mutuelle)

Article 3.1-1 : Membres participants

Les membres participants tels que définis à l'article I.2-1 des statuts de la Mutuelle, adhèrent librement et font acte d'adhésion en remplissant et signant un bulletin d'adhésion sur lequel doit être mentionné l'ensemble des ayants droit qu'ils souhaitent couvrir au titre des garanties offertes par la Mutuelle. Ce bulletin d'adhésion est transmis à la Mutuelle accompagné des documents administratifs nécessaires à la mise en œuvre des droits et obligations issus de cet acte d'adhésion et mentionnés sur le bulletin d'adhésion, et après avoir pris connaissance des statuts et du présent règlement mutualiste qui lui sont remis gratuitement sur simple demande.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation expresse des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste.

Article 3.1-2 : Membres honoraires ayant la qualité de personnes physiques

Les membres honoraires ayant la qualité de personnes physiques tels que définis à l'article I.2-1 des statuts de la Mutuelle doivent matérialiser leur demande par écrit adressé au Conseil d'Administration de la Mutuelle et après avoir pris connaissance des dispositions des statuts et règlement mutualiste qui régissent l'activité de la Mutuelle. L'adhésion est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Article 3.1-3 : Membres honoraires ayant la qualité de personne morale

Les membres honoraires ayant la qualité de personnes morales tels que définis à l'article I.2-1 des statuts de la Mutuelle, font acte d'adhésion par la signature d'un contrat collectif.

La signature d'un contrat collectif emporte acceptation expresse des dispositions des statuts et droits et obligations définis par le présent règlement correspondant. Conformément aux dispositions de l'article L.221-9 du Code de la Mutualité, la durée de l'engagement inscrite dans le contrat collectif est librement déterminée par les parties. Elle doit être mentionnée en caractères très apparents dans le contrat collectif, de même que, le cas échéant, la possibilité d'une reconduction tacite chaque année.

Article 3.2 : Ouverture des droits - Prise d'effet de l'adhésion

Article 3.2-1 : Membres participants et leurs ayants-droit mentionnés sur le bulletin d'adhésion

- pour tout membre participant ou ayant droit, la prise d'effet de l'adhésion et l'ouverture des droits pour l'ensemble des prestations offertes par la Mutuelle sont effectives le 1er jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion accompagné de l'ensemble des pièces justificatives mentionnées sur le bulletin d'adhésion et, si le dossier est incomplet, le 1er jour du mois civil qui suit la réception des pièces manquantes et expire le 31 décembre suivant. Le contrat d'adhésion se renouvelle, pour un an, par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année.

  Une carte d'adhésion mentionnant cette date d'ouverture des droits et permettant la mise en œuvre du tiers payant auprès des professionnels de santé sera remise au membre participant dès la prise d'effet de son adhésion.

- pour tout membre participant ou ayant droit bénéficiant du dispositif de complémentaire santé solidaire tel que défini par le décret n° 2019-621 du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale et le décret n° 2019-623 du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, la date de prise d'effet de l'adhésion et d'ouverture des droits sera celle mentionnée sur l'imprimé de déclaration d'affiliation émis par les caisses de régime obligatoire et transmis à la Mutuelle.

Article 3.2-2 : Membres honoraires ayant la qualité de personne morale

Les conditions de prise d'effet de l'adhésion et d'ouverture des droits pour les bénéficiaires mentionnés au contrat seront celles définies par le contrat collectif signé entre la Mutuelle et la personne morale et mentionnées sur la notice élaborée par la mutuelle conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité.

Une carte d'adhésion mentionnant cette date d'ouverture des droits et permettant la mise en œuvre du tiers payant auprès des professionnels de santé sera remise à chaque bénéficiaire du contrat collectif dès la prise d'effet du contrat collectif.

Article 3.2-3 : Membre honoraire ayant la qualité de personne physique

La prise d'effet de l'adhésion du membre honoraire sera effective le 1er jour du mois civil qui suit la date d'agrément par le Conseil d'Administration et expire le 31 décembre suivant. Le contrat d'adhésion se renouvelle, pour un an, par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année.

Conformément à l'article I.2-1 des statuts de la Mutuelle, l'adhésion d'un membre honoraire ayant la qualité de personne physique ne génère pas d'ouverture de droits aux prestations offertes par la Mutuelle.

Article 4 : Catégories de membres participants

Les membres participants de la Mutuelle se répartissent en catégories comme suit :

Article 4.1 : Adhésion individuelle avant l'âge de 60 ans avec ou sans certificat de radiation de moins de trois mois ou adhésion à l'âge de 60 ans ou plus avec certificat de radiation de moins de trois mois

Catégorie A : (adhésion familiale)

Personne exerçant une activité professionnelle, demandeur d'emploi ayant des droits ouverts à l'assurance chômage ou retraitée, et ses ayants droit au sens de la sécurité sociale, relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et dont les enfants ou ayants droit exceptionnels au regard du droit aux prestations servies par les régimes obligatoires ne sont pas salariés à l'exception des enfants en apprentissage, en contrat d'alternance ou en contrat de professionnalisation, ceux-ci conservant la qualité d'ayants droit mutualistes durant toute la durée de leur contrat d'apprentissage, d'alternance ou de professionnalisation, ainsi que les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans, non mariés, non pacsés ou ne vivant pas en concubinage, poursuivant leurs études et sur présentation d'un justificatif de poursuite d'études.

Catégorie AM : (adhésion monoparentale)

Personne seule exerçant une activité professionnelle, demandeur d'emploi ayant des droits ouverts à l'assurance chômage et ses ayants droit au sens de la sécurité sociale (dans la limite de deux enfants) relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et dont les enfants ne sont pas salariés à l'exception des enfants en apprentissage, en contrat d'alternance ou en contrat de professionnalisation, ceux-ci conservant la qualité d'ayants droit mutualistes durant toute la durée de leur contrat d'apprentissage, d'alternance ou de professionnalisation, ainsi que les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans, non mariés, non pacsés ou ne

vivant pas en concubinage, poursuivant leurs études et sur présentation d'un justificatif de poursuite d'études.

Catégorie B : (adhésion familiale)

Cheminot actif ou retraité et ses ayants droit affiliés à la Caisse de Prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF dont les enfants ou ayants droit exceptionnels au regard du droit aux prestations servies par les régimes obligatoires ne sont pas salariés.

Catégorie BM : (adhésion monoparentale)

Cheminot seul, actif ou retraité et ses enfants non-salariés (dans la limite de deux enfants) affiliés à la Caisse de Prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.

Catégorie C : (adhésion individuelle)

Cheminot actif affilié à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF sans ayant droit ou qui ne désire pas faire bénéficier ses ayants droit de son adhésion à la Mutuelle.

Catégorie E : (adhésion individuelle)

Personne retraitée relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne sans ayant droit ou qui ne désire pas faire bénéficier ses ayants droit de son adhésion à la Mutuelle.

Catégorie F : (adhésion individuelle)

Cheminot retraité, veuve ou veuf affilié à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF sans ayant droit ou qui ne désire pas faire bénéficier ses ayants droit de son adhésion à la Mutuelle.

Catégorie H : (adhésion individuelle)

Personne exerçant une activité professionnelle, demandeur d'emploi ayant des droits ouverts à l'assurance chômage, relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne.

Catégorie Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Personne affiliée au régime général de la sécurité sociale ou plus généralement à un régime de protection social obligatoire en vigueur sur le territoire national et ses ayants droit, bénéficiant du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire tel que défini par le décret n°2021-1642 du 13/02/2021 et suivants.

Article 4.2 : Adhésion individuelle dont l'âge du souscripteur est supérieur ou égal à 60 ans lors de l'adhésion et

- avec certificat de radiation de plus de trois mois et de moins de six mois.

Catégorie G : (adhésion individuelle)

Personne exerçant une activité professionnelle ou retraitée relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et âgé, lors de son adhésion, de 60 ans ou plus avec un certificat de radiation de plus de trois mois et de moins de six mois.

Catégorie G1 : (adhésion couple)

Personne exerçant une activité professionnelle ou retraitée et son conjoint relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et âgé, lors de son adhésion, de 60 ans ou plus avec un certificat de radiation de plus de trois mois et de moins de six mois.

Catégorie Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Personne affiliée au régime général de la sécurité sociale ou plus généralement à un régime de protection social obligatoire en vigueur sur le territoire national et ses ayants droit, bénéficiant du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire tel que défini par le décret n°2021-1642 du 13/02/2021 et suivants.

- sans certificat de radiation ou avec certificat de radiation de plus de six mois

Catégorie G2 : (adhésion individuelle)

Personne exerçant une activité professionnelle ou retraitée relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et âgé, lors de son adhésion, de 60 ans ou plus sans certificat de radiation ou avec un certificat de radiation de plus de six mois.

Catégorie Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Personne affiliée au régime général de la sécurité sociale ou plus généralement à un régime de protection social obligatoire en vigueur sur le territoire national et ses ayants droit, bénéficiant du dispositif de Complémentaire Santé Solidaire tel que défini par le décret n°2021-1642 du 13/02/2021 et suivants.

Article 4.3 : Adhésion individuelle Travailleur Non Salarié

Catégorie Sérénité (adhésion individuelle, monoparentale ou familiale)

Travailleur indépendant ou non salarié, assurant lui-même le paiement des cotisations sociales dont il est redevable auprès des caisses dont dépend sa profession ainsi qu'auprès de l'URSSAF et éventuellement ses ayants-droit au sens de la sécurité sociale, relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et dont les enfants ou ayants droit exceptionnels au regard du droit aux prestations servies par les régimes

obligatoires ne sont pas salariés à l'exception des enfants en apprentissage, en contrat d'alternance ou en contrat de professionnalisation, ceux-ci conservant la qualité d'ayants droit mutualistes durant toute la durée de leur contrat d'apprentissage, d'alternance ou de professionnalisation, ainsi que les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans, non mariés, non pacsés ou ne vivant pas en concubinage, poursuivant leurs études et sur présentation d'un justificatif de poursuite d'études.

Catégorie Confort (adhésion individuelle, monoparentale ou familiale)

Travailleur indépendant ou non salarié, assurant lui-même le paiement des cotisations sociales dont il est redevable auprès des caisses dont dépend sa profession ainsi qu'auprès de l'URSSAF et éventuellement ses ayants-droit au sens de la sécurité sociale, relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et dont les enfants ou ayants droit exceptionnels au regard du droit aux prestations servies par les régimes obligatoires ne sont pas salariés à l'exception des enfants en apprentissage, en contrat d'alternance ou en contrat de professionnalisation, ceux-ci conservant la qualité d'ayants droit mutualistes durant toute la durée de leur contrat d'apprentissage, d'alternance ou de professionnalisation, ainsi que les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans, non mariés, non pacsés ou ne vivant pas en concubinage, poursuivant leurs études et sur présentation d'un justificatif de poursuite d'études.

Catégorie Confort plus (adhésion individuelle, monoparentale ou familiale)

Travailleur indépendant ou non salarié, assurant lui-même le paiement des cotisations sociales dont il est redevable auprès des caisses dont dépend sa profession ainsi qu'auprès de l'URSSAF et éventuellement ses ayants-droit au sens de la sécurité sociale, relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et dont les enfants ou ayants droit exceptionnels au regard du droit aux prestations servies par les régimes obligatoires ne sont pas salariés à l'exception des enfants en apprentissage, en contrat d'alternance ou en contrat de professionnalisation, ceux-ci conservant la qualité d'ayants droit mutualistes durant toute la durée de leur contrat d'apprentissage, d'alternance ou de professionnalisation, ainsi que les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans, non mariés, non pacsés ou ne vivant pas en concubinage, poursuivant leurs études et sur présentation d'un justificatif de poursuite d'études.

Chaque catégorie est éligible à la Loi Madelin par l'intermédiaire de l'ANIP (association nationale interprofessionnelle de Prévoyance). Les cotisations ouvrent droit à déduction dans les conditions fixées à l'article 154 bis du Code général des Impôts.

Article 4.4 : Adhésion collective par l'intermédiaire d'un contrat collectif à adhésion obligatoire « Frais de Santé »

Les salariés du souscripteur sont rattachés à la catégorie mentionnée sur les conditions particulières du contrat signé avec la Mutuelle.

Article 4.5 : Adhésion individuelle quel que soit l'âge du souscripteur d'une sur complémentaire non responsable

Catégorie SC : (adhésion individuelle)

Personne exerçant une activité professionnelle ou retraitée relevant d'un régime de protection sociale obligatoire en vigueur sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne et justifiant d'un contrat de complémentaire santé en cours souscrit auprès d'un organisme complémentaire santé par la remise d'une attestation établie par l'organisme.

Article 5 : Méthode de calcul de l'âge

Le calcul de l'âge du membre participant est déterminé par la différence entre la date d'effet de l'adhésion et la date anniversaire du membre participant.

Article 6 : Droit d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L.114-9 du Code de la Mutualité, chaque nouvel adhérent devra acquitter un droit d'adhésion qui sera dédié au fonds d'établissement en application de l'article L.114-4 du Code de la Mutualité et dont le montant est mentionné en annexe I du présent règlement. Ce droit d'adhésion n'est pas exigé pour tout ayant droit mutualiste bénéficiaire des prestations servies par la mutuelle qui adhère individuellement.

Article 7 : Montant des cotisations

Le montant des cotisations pour chacune des catégories énumérées à l'article 4 du présent règlement et pour les membres honoraires ayant la qualité de personnes physiques est mentionné en annexe I du présent règlement mutualiste.

Le montant des cotisations pour les membres honoraires ayant la qualité de personne morale est défini par le contrat collectif signé entre la mutuelle et la personne morale.

Article 8 : Modalités de paiement des cotisations

Article 8.1 : Opérations individuelles

Le paiement des cotisations auxquelles s'engage le membre participant tel que défini à l'article I.21 des statuts de la Mutuelle, selon la catégorie d'affectation peut s'effectuer comme suit :

- par prélèvement mensuel sur le compte bancaire ou postal mentionné lors de son adhésion par le membre participant par avance,
- par prélèvement trimestriel sur le compte bancaire ou postal mentionné lors de son adhésion par le membre participant par avance,
- par chèque trimestriellement, semestriellement ou annuellement par avance.

Article 8.2 : Opérations collectives

Le paiement des cotisations auxquelles s'engage la personne morale telle que définie à l'article I.2-1 des statuts de la Mutuelle, peut s'effectuer par :

- chèque bancaire émis par la personne morale et libellé à l'ordre de la Mutuelle mensuellement ou trimestriellement à terme échu ou à échoir,

- virement émis par la personne morale sur le compte bancaire de la Mutuelle,

- prélèvement bancaire sur le compte de la personne morale.

Article 9 : Suspension ou remise en vigueur des garanties

Article 9.1 : Dans le cadre des opérations individuelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, le défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, génère l'envoi d'un courrier de relance adressé en courrier simple au membre participant.

En cas de non-paiement de la cotisation appelée sous huit jours à compter de la date d'envoi du premier courrier simple, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Mutuelle adresse au membre participant une mise en demeure par courrier recommandé avec accusé de réception l'informant qu'en cas de non régularisation de sa situation trente jours après la date de réception dudit courrier, la Mutuelle procédera à la suspension des garanties et lui rappelant que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

Article 9.2 : Dans le cadre des opérations collectives

La suspension et la remise en vigueur des garanties dans le cadre d'opérations collectives sont réglementées par les dispositions de l'article L.221- 8 du Code de la Mutualité et mentionnées sur la notice élaborée par la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article L.221- 6 du Code de la Mutualité.

Article 10 : Résiliation des garanties par la mutuelle

Article 10.1 : Opérations individuelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, en cas de non-paiement de la ou les cotisations appelées, dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'article 9 du présent règlement, la Mutuelle peut procéder à la résiliation des garanties indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, la Mutuelle peut procéder à la résiliation des garanties lorsque les conditions de recrutement indiquées au chapitre I.2 article I.2-1 des statuts ne sont plus remplies, étant précisé que cette résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle doit dans ce cas, rembourser à l'adhérent la partie de 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 10.2 : Opérations collectives

La résiliation des garanties par la Mutuelle dans le cadre d'opérations collectives est réglementée par les dispositions de l'article L.221- 8 du Code de la Mutualité et mentionnée sur la notice élaborée par la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article L.221- 6 du Code de la Mutualité.

Article 11 : Résiliation des garanties par le souscripteur

Article 11.1 : Cas général

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à la mutuelle ou à l'union au moins deux mois avant la date d'échéance. La mutuelle ou l'union peut également résilier le contrat collectif tous les ans, en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance.

Article 11.2 : Cas ouvrant droit à la résiliation anticipée – Opérations individuelles

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,

- changement de situation matrimoniale,

- changement de régime matrimonial,

- changement de profession,

- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle doit dans ce cas, rembourser à l'adhérent la partie de 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 11.3 : Résiliation infra annuelle

Pour les règlements ou contrats relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

Le droit de dénonciation prévu au premier alinéa n'est pas ouvert au membre participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire mentionnées au 2° du III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité.

Article 12 : Réservé

Article 13 : Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

Conformément aux dispositions de l'article I.2-7 des statuts de la Mutuelle, aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

La résiliation, radiation ou exclusion génère l'obligation pour le membre participant de restituer à la mutuelle sa carte d'adhésion en cours de validité mentionnant ses droits au tiers payant.

Le membre participant ou bénéficiaire d'un contrat collectif s'oblige à informer les professionnels de santé de son changement de situation.

Toute utilisation abusive de cette carte expose le membre participant ou bénéficiaire d'un contrat collectif au remboursement des prestations payées indûment pour son compte et ce par tous les moyens prévus par la loi.

Article 14 : Prestations

L'adhésion à la Mutuelle ouvre droit aux prestations couvrant les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2), lesquelles sont définies en annexe II du présent règlement.

Elle ouvre également droit :

- aux prestations assurées à titre accessoire, c'est-à-dire à la prévention des risques et dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou handicapées. Ces prestations assurées à titre accessoire sont également définies en annexe II du présent règlement mutualiste,
- aux prestations servies directement par la mutuelle dans le cadre de son fonds de secours qui sont définies en annexe II du présent règlement mutualiste.

Les prestations accordées par la Mutuelle interviennent dans la limite des tarifs de convention appliqués par le régime général de la sécurité sociale et en vigueur sur le territoire national et ce quel que soit le régime obligatoire d'affiliation du membre participant et de ses ayants droit, à l'exception des actes mentionnés en annexe 2 du présent règlement mutualiste pour lesquels la mutuelle prend en charge une partie des dépassements d'honoraires.

Ne donnent pas lieu à remboursement de la Mutuelle :

- les actes ou produits non remboursables par les régimes obligatoires à l'exception des actes ou produits faisant l'objet d'une indemnité forfaitaire et définis en annexe II du présent règlement,
- la participation forfaitaire des membres participants sur les consultations et actes médicaux définie à l'article L 322-2-II du Code de la Sécurité Sociale (sauf hospitalisation),
- les franchises des membres participants sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports définis à l'article L 322-2-III du code de la Sécurité Sociale (sauf hospitalisation),
- les majorations de participation appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire en application des articles L 161-36-2 (dossier médical) et L 162-5-3 (parcours de soins) du Code de la Sécurité Sociale (sauf consultation en urgence ou en dehors du lieu de résidence habituel),
- les suppléments d'honoraires facturés par les praticiens consultés hors parcours de soins, dans les limites fixées par décret.

En tout état de cause le remboursement des dépenses maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge du membre participant. Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est à dire entre la date d'effet de l'adhésion et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

S'agissant du remboursement des frais de soins de santé, la date des soins figurant sur le décompte du régime obligatoire d'affiliation est seule prise en compte

Article 15 : Conditions et modalités de déclaration à effectuer auprès de la mutuelle en cas de sinistre

Article 15.1 : Prestations servies directement par la Mutuelle

Article 15.1-1 : Cas où le membre participant ou le bénéficiaire d'un contrat collectif n'a pu bénéficier de la mise en œuvre du tiers payant pour la part complémentaire (ticket modérateur).

Pour percevoir les prestations servies par la mutuelle, le membre participant ou le bénéficiaire d'un contrat collectif doit présenter à la Mutuelle les originaux des décomptes élaborés par la caisse de régime obligatoire d'affiliation reçus par voie postale ou édités directement du site des caisses de régime obligatoire et comportant une mention en filigrane, si ceux-ci n'ont pu faire l'objet d'une télétransmission par les caisses de régime obligatoire (procédure NOEMIE). En aucun cas, une prestation pourra être attribuée sur la seule présentation d'une photocopie de décompte ou de facture.

Les prestations dans ce cas seront payées par virement sur le compte bancaire ou postal mentionné par le membre participant ou le bénéficiaire d'un contrat collectif lors de son adhésion.

A titre exceptionnel en cas de rejet d'un virement bancaire réalisé au bénéfice d'un membre participant ou bénéficiaire d'un contrat collectif, le montant du par la Mutuelle sera réglé par chèque bancaire dès lors que le membre participant ou bénéficiaire d'un contrat collectif aura transmis à la Mutuelle un nouveau relevé d'identité bancaire ou postal.

A la demande du souscripteur, les prestations dont le bénéficiaire des soins est le conjoint du membre participant, peuvent être versées directement sur le compte bancaire ou postal du bénéficiaire du conjoint.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la Mutualité, les ayants droit de plus de seize ans peuvent percevoir à titre personnel les prestations de la Mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal. En conséquence, pour que la Mutuelle puisse effectuer le versement des prestations dont ils sont bénéficiaires, les ayants droit du souscripteur devront impérativement joindre à la première demande de remboursement les concernant postérieure à leur seizième anniversaire, soit leur propre relevé d'identité bancaire, soit un courrier par lequel ils informent la Mutuelle que les prestations les concernant doivent continuer à être versées sur le compte bancaire de l'assuré principal.

Pour bénéficier du tiers payant dans le cadre de l'attribution d'une chambre particulière en cas d'hospitalisation dans un hôpital ou une clinique conventionnés avec la sécurité sociale et avec lesquels la Mutuelle a conclu un accord, le souscripteur doit demander à la Mutuelle, préalablement à son hospitalisation l'émission d'une prise en charge.

Article 15.1-2 : Cas où le membre participant ou le bénéficiaire d'un contrat collectif a bénéficié de la mise en œuvre du tiers payant pour la part complémentaire (ticket modérateur et éventuellement forfait complémentaire tel que défini en annexe II du présent règlement ou forfait hospitalier).

Dans le cadre de la mise en œuvre du tiers payant pour la part complémentaire (ticket

modérateur ou forfait hospitalier ou forfait complémentaire tel que défini en annexe II du présent règlement mutualiste), la Mutuelle règle directement à réception des flux EDI (échange de données informatisé) en provenance des caisses de régime obligatoire ou des professionnels de santé, au professionnel de santé concerné la part due par la Mutuelle.

Le membre participant ou bénéficiaire d'un contrat collectif s'engage, en cas de contrôle effectué par la Mutuelle, à fournir à celle-ci sur simple demande la facture originale ou duplicata délivré par le professionnel de santé. En cas de refus, la Mutuelle sera en droit d'exiger du membre participant ou bénéficiaire d'un contrat collectif le remboursement des sommes payées au professionnel de santé pour son compte.

Article 15.1-3 : Dispositions spéciales applicables aux membres participants relevant du dispositif de Couverture Maladie Universelle tel que défini par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

L'article L.861-3 du code de la sécurité sociale stipule que les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle sont dispensés de l'avance des frais pour les dépenses de santé prises en charge au titre de ce dispositif.

La Mutuelle procédera donc, dans le respect des modalités définies par l'article D.861-3.III.a, au règlement directement auprès des caisses de régime obligatoire,du montant des prestations dues pour le compte de ses bénéficiaires relevant de ce dispositif.

Article 15.1-4 – Cas des assurés titulaires d'un contrat santé principal auprès d'un autre organisme que la MCLR et d'un contrat surcomplémentaire non responsable auprès de la MCLR.

Lorsque le membre participant ou le bénéficiaire d'un contrat collectif a souscrit un contrat de santé auprès d'un autre organisme que la MCLR, mais est titulaire d'un contrat surcomplémentaire non responsable auprès de la MCLR, le versement des prestations par la MCLR est subordonné à la présentation des pièces suivantes :

- les originaux des décomptes émis par la caisse d'assurance maladie obligatoire à laquelle l'assuré est affilié,

- ainsi que les décomptes originaux établis par l'autre mutuelle ou organisme complémentair

Article 15.2 : Prestations relevant du fonds de secours de la Mutuelle

Pour saisir le Conseil d'Administration d'une demande de prestation au titre du fonds de secours, le membre participant ou le bénéficiaire d'un contrat collectif doit fournir les documents suivants:

- toute pièce justificative en fonction de la nature de la demande (facture acquittée, certificat médical, acte de naissance, acte de mariage etc.),
- le justificatif d'accord ou de refus du service d'action sociale du régime obligatoire d'affiliation dans le cadre d'une demande d'aide exceptionnelle,
- et plus généralement tout document réclamé par le conseil d'administration aux fins de pouvoir statuer sur la demande.

Article 16 : Délai dans lequel la mutuelle verse les prestations

Article 16.1 : Prestations servies directement par la Mutuelle

Pour chaque membre participant ou bénéficiaire d'un contrat collectif à jour de cotisations à la date de survenance du risque et sous réserve du respect des dispositions de l'article 15 du présent règlement mutualiste, le montant des prestations est versé dans un délai moyen de huit jours et dans un délai maximum de vingt jours. Ce délai s'applique à compter du jour où la Mutuelle reçoit soit les pièces justificatives définies à l'article 15 du présent règlement mutualiste, soit le flux EDI (échange de données informatisé) en provenance des caisses de régime obligatoire ou des professionnels de santé.

Article 17 : Étendue territoriale des prestations

Les prestations sont attribuées pour les frais engagés sur le territoire national, dans un état membre de la communauté économique européenne ou dans tout autre pays dès lors que ces frais font l'objet d'une prise en charge par la caisse de régime obligatoire d'affiliation du bénéficiaire des soins et dans les limites énoncées à l'article 14 du présent règlement. Les remboursements seront effectués en euro.

Article 18 : Élection de domicile informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de ses ayants droit

Article 18.1 : Élection de domicile

Le membre participant doit faire élection de domicile sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne.

Tous les actes relatifs à l'exécution de l'adhésion souscrite seront notifiés au domicile du membre participant figurant sur le bulletin d'adhésion. En cas de changement de domicile, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle dans les plus brefs délais de leur nouvelle adresse.

Article 18.2 : Inscription d'un nouvel ayant droit

Les dispositions de l'article 3 du présent règlement s'appliquent en ce qui concerne la date d'effet et la date d'ouverture des droits applicables.

Si cette inscription entraîne un changement de catégorie, une régularisation de cotisation sera effectuée à compter de la date d'effet de l'adhésion du nouvel ayant droit.

Article 18.3 : Changement de caisse de régime obligatoire d'affiliation ou passage en retraite

Le souscripteur doit informer par écrit la Mutuelle dans le mois civil concerné de toute modification d'affiliation à une caisse de régime obligatoire le concernant ou concernant l'un des ayants droit en joignant à son courrier une photocopie de la nouvelle attestation vitale émise par la nouvelle caisse de régime obligatoire ainsi que de tout passage en retraite.

Lorsque cette modification entraîne un changement de catégorie, la prise d'effet de la nouvelle catégorie sera le 1er du mois civil suivant la réception du courrier par la Mutuelle. Une régularisation de cotisation sera effectuée à compter de la date d'effet de la modification, le cachet de la poste faisant foi.

Le non-respect de ces dispositions expose le membre participant ayant sollicité la mise en œuvre du tiers payant au remboursement intégral du différentiel de prestation payé par la Mutuelle entre le ticket modérateur applicable en complément de l'intervention de la caisse de régime obligatoire connue par la Mutuelle et le ticket modérateur effectivement réclamé par le professionnel de santé au vu de la carte vitale présentée par le membre participant. La Mutuelle procédera alors de plein droit au changement de catégorie avec régularisation de cotisation à compter du 1er jour du mois civil qui suit la réception de la facture en provenance du professionnel de santé ayant pratiqué le tiers payant, ou le 1er jour du mois civil qui suit la prise de connaissance par la Mutuelle de la nouvelle situation.

Article 18.4 : Radiation d'un ayant droit

La radiation d'un ayant droit ne remplissant plus les conditions d'admission prévues à l'article I.2-1 des statuts de la Mutuelle doit être notifiée par le souscripteur à la Mutuelle par courrier postal ou électronique.

Cette radiation sera effective le 1er jour du mois civil qui suit la réception du courrier par la Mutuelle, le cachet de la poste ou l'accusé de réception électronique faisant foi. Lorsque cette radiation entraîne un changement de catégorie, la prise d'effet de la nouvelle catégorie sera le 1er jour du mois civil suivant la réception du courrier par la Mutuelle, le cachet de la poste ou l'accusé de réception électronique faisant foi. Une régularisation de cotisation sera effectuée à compter de la date d'effet de la modification, le cachet de la poste ou l'accusé de réception électronique faisant foi.

Article 19 : Modification des garanties choisies

Toute modification des statuts ou du règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale ou, par délégation de pouvoir, le Conseil d'Administration, sera portée à la connaissance du membre participant ou honoraire.

La modification des garanties est constatée par la notification de celle-ci au membre participant.

Article 20 : Subrogation

En cas d'accident la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versé à un membre participant ou à l'un des ayants droit de ce dernier.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées consécutivement à l'accident et à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'intégrité physique de la victime.

Article 21 : Prescription

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de

l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

- en cas de réalisation du risque, que du jour où l'intéressé en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

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 est portée à 10 ans lorsque, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Article 22 : Loi applicable

Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République française à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française ou dans un état membre de la communauté économique européenne, la loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre, que la résidence principale du souscripteur (membre participant ou personne morale souscriptrice) soit située sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, ou dans un état membre de la communauté économique européenne.

Article 23 : Disposition de la loi informatique et liberté

En application de la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et ses éventuelles mises à jour notamment dans sa version consolidée du 14 juin 2018, du règlement général sur la protection des données ; le cas échéant, les textes adoptés au sein de l'Union européenne et les lois locales susceptibles de s'appliquer aux données à caractère personnel traitées dans le cadre du Contrat ; les textes et décisions émanant d'autorités de contrôle, notamment de la Commission nationale de l'Informatique et des libertés (ci-après la « Cnil ») ; le cas échéant, les textes, recommandations édictées du Groupe de l'Article 29 ou de toute organisation ou autorité dans le secteur de la protection des données à caractère personnel ; chaque agent bénéficie de :

- Un droit d'accès : Il peut obtenir des informations relatives au traitement de ses données personnelles ainsi qu'une copie de ces données personnelles,

- Un droit de rectification : Il peut à tout moment nous demander de rectifier les données personnelles en notre possession,

- Un droit à l'effacement : Il peut exiger l'effacement de ses données personnelles dans la limite de ce qui est permis par la réglementation,

- Un droit à la limitation des traitements : Il peut demander que certains traitements ne soient pas effectués dans la mesure où cette limitation n'empêche pas l'exécution du contrat en cours,

- Un droit d'opposition : Il peut s'opposer au traitement de ses données personnelles, dans la mesure où cette opposition n'empêche pas l'exécution du contrat en cours,
- Un droit à la portabilité de ses données : quand ce droit est applicable, il peut obtenir la restitution de ses données personnelles ou leur transmission à un tiers,
- Un droit de notifier des directives en matière de conservation, d'effacement ou de communication de ses données personnelles postérieurement à son décès,
- Un droit de retirer son consentement : Si l'agent a donné un consentement au traitement de ses données personnelles, ce consentement peut être retiré à tout moment.

Pour exercer ces droits, l'agent doit nous adresser un courrier à :
MCLR – 15 Bis rue Claudius Collonge – 69002 LYON.

En cas de difficultés, il peut émettre une réclamation auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), autorité compétente.

Article 24 : 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 est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution(ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

Article 25 : Procédure de règlement des litiges

Chaque membre participant peut adresser une réclamation directement au Siège de la mutuelle à l'adresse suivante :

MCLR – Service Réclamation - 15 Bis rue Claudius Collonge – 69002 LYON.

Un accusé de réception est adressé sous 3 jours ouvrés. Des pièces complémentaires peuvent être réclamées afin de permettre à la mutuelle d'instruire le dossier.

La mutuelle rend un avis motivé dans les trois mois suivant la réception d'un dossier complet.

En cas de contestation de cet avis motivé, le membre participant à la faculté de saisir le médiateur désigné par les statuts en vigueur de la mutuelle.

Article 26 : Dispositions spécifiques aux garanties accesoires en inclusion

Article 26.1 : Prestation d'assistance

Une garantie d'assistance est incluse dans les garanties proposées par la Mutuelle, à l'exception de la catégorie Complémentarité Santé Solidaire (C2S) dont le panier de soins est défini réglementairement.

Article 26.1-1 : Coordonnées du prestataire

La garantie d'assistance est souscrite auprès de IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632.

Certifié conforme
À Lyon, le 30 juin 2025

Le Président,
Jacques Jasmin



—

Annexe 1 : COTISATIONS
Annexe 2 : PRESTATIONS

mclr

Ma mutuelle santé

Lyon

15 bis, rue Claudius Collonge 69 002 LYON
Tél : 04 72 68 73 73

Annecy

5, Avenue de Chevêne 74 000 ANNECY
Tél. 04 50 45 76 21

Horaires

Le lundi : 14h-18h

Du mardi au jeudi
9h00-13h00 / 14h-18h

Le vendredi :
9h00-13h00 / 14h-17h

www.mclr.fr

MUTUALITÉ FRANÇAISE