

REGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I

OBJET DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er}

DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

Article 1^{er}

Il est constitué une mutuelle dénommée MUTUELLE CHEMINOTS NORD qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le livre II du code de la mutualité SIREN N° 319 074 779.

SIÈGE DE LA MUTUELLE

Article 2

Le siège de la mutuelle est situé au 52, Bd Carnot 59000 LILLE Téléphone 03.20.12.11.90, Télécopie 03.20.12.11.97, Téléphone SNCF 221083 (ligne SNCF)

NATURE DES ACTIVITES DE LA MUTUELLE

Article 3

La mutuelle a pour objet de couvrir les risques dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie conformément à l'article L 111-1 du code de la mutualité :

- Branches 1 et 2, sous branche b (prestations indemnitaires : complémentaire santé).

OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Article 4

En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, le règlement mutualiste adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1

ADHESION, DROIT ET OBLIGATIONS

LE BULLETIN D'ADHESION

Article 5

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du code de la mutualité, toute personne qui souhaite être membre d'une mutuelle fait acte d'adhésion, dans les conditions définies par décret en Conseil d'état, et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Par analogie aux dispositions du code de la consommation (article L. 121-20) l'adhérent bénéficie d'un délai de réflexion de 7 jours à compter de son adhésion effective.

DATE D'EFFET DE L'ADHESION

Article 6

L'adhésion prend toujours effet au premier jour du mois.

A la date de son adhésion, la personne physique acquiert la qualité de membre participant, si elle bénéficie des prestations de la mutuelle ou, de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas.

MEMBRES PARTICIPANTS, HONORAIRES, AYANTS DROIT

Article 7

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres honoraires sont, soit des personnes physiques qui paient une cotisation, apportent des contributions ou font des dons sans bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit au contrat collectif.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- les conjoints, concubins salariés ou non salariés ;
- les enfants apprentis, étudiants ou au chômage percevant des ressources inférieures ou égales à 60 % du SMIC Net ;
- Les personnes à charge vivant avec l'adhérent depuis au moins 12 mois consécutifs et qui ne sont ni ses enfants, ni ses ascendants, ni son conjoint ou son concubin percevant des revenus inférieurs ou égaux à 60 % du SMIC Net.

DECES DU MEMBRE PARTICIPANT

Article 8

En cas de décès du membre participant, le conjoint devient titulaire ; la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du conjoint.

MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHERENTS ET DES AYANTS DROIT

Article 9

L'adhérent doit aviser par écrit la mutuelle de tout changement relatif à son adhésion : famille, domicile, compte bancaire, changement de régime d'assurance maladie ; pour les cheminots : départ normal ou anticipé à la retraite, cessation volontaire, congé de fin de carrière, etc.

Section 2

DEMISSION, RADIATION, EXCLUSION

DEMISSION

Article 10

L'engagement est annuel, il ne peut être dénoncé que pour la fin de l'année civile en adressant une lettre recommandée AR à la Mutuelle sous réserve d'un préavis déposé avant le 1^{er} décembre de l'année en cours conformément aux dispositions de l'article 8 des statuts, passé ce délai le contrat est tacitement reconductible.

Un certificat de radiation est envoyé aux membres démissionnaires à jour de leurs cotisations à la fin de l'année.

RESILIATION ANTICIPEE

Article 11

Dans le cadre des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsqu'un adhérent change d'employeur et qu'il est contraint d'adhérer à un régime complémentaire collectif obligatoire dans son entreprise, sa démission anticipée peut intervenir avant la fin de l'année civile sur présentation d'un justificatif signé par l'employeur.

La résiliation prend effet au dernier jour du mois qui suit sa notification écrite.

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019, offre la *faculté aux membres participants pour les contrats individuels et à l'employeur ou l'entreprise pour les contrats collectifs de résilier, sans frais et à tout moment après la première année de souscription, leurs contrats complémentaire santé. Ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} décembre 2020.*

L'adhérent souhaitant exercer sa faculté de résiliation infra-annuelle devra notifier son souhait par écrit (en recommandé, par courrier sécurisé électronique ou dépôt au siège).

La résiliation prend effet 30 jours après cette notification. Un certificat de radiation est envoyé.

La résiliation infra-annuelle donne droit au remboursement des cotisations versées couvrant la période au-delà de la date de radiation.

RADIATION – EXCLUSION

Article 12

Les conditions de radiation et d'exclusion sont définies par les articles 9 et 10 des statuts de la mutuelle.

CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

Article 13

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues au règlement mutualiste.

L'adhérent s'engage à restituer ses Cartes mutualistes à la date d'effet de la radiation ou de l'exclusion.

TITRE II

DROITS ET OBLIGATION DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

CHAPITRE 1^{er}

CLASSIFICATION CATÉGORIELLE DES MEMBRES PARTICIPANTS

LES CATEGORIES PRINCIPALES

Article 14

Les membres participants sont répartis en deux Catégories Principales :

1. **Catégorie principale CP**, réservée aux personnels actifs ou retraités de la SNCF ou du groupe SNCF, aux veuves relevant de la Caisse de Prévoyance S.N.C.F. ; avec deux produits au choix (ADAGIO et ALLEGRO) ;
2. **Catégorie principale RG**, réservée aux adhérents autres que cheminots relevant du régime général de l'assurance maladie des salariés ; avec trois produits au choix (PIANO, MEZZO et FORTISSIMO).

Article 15 (réservé)**LES CATEGORIES****Article 16**

Les catégories sont réparties de la façon suivante :

Produit ADAGIO	Adulte CP seul
	Adulte CP plus un enfant
	Adulte CP plus deux enfants et plus
	Ménage deux CP
	Ménage deux CP plus un enfant
	Ménage deux CP plus deux enfants et plus
	Ménage un CP et un autre RO
	Ménage un CP et un autre RO plus un enfant
	Ménage un CP et un autre RO plus deux enfants et plus

CP = Caisse de Prévoyance RO = Régime Obligatoire

Produit ALLEGRO	Adulte seul
	Adulte plus un enfant
	Adulte plus deux enfants et plus
	Ménage seul
	Ménage plus un enfant
	Ménage plus deux enfants et plus

Produit PIANO	Adulte seul
	Adulte plus un enfant
	Adulte plus deux enfants et plus
	Ménage seul
	Ménage plus un enfant
	Ménage plus deux enfants et plus

Produit MEZZO	Adulte seul
	Adulte plus un enfant
	Adulte plus deux enfants et plus
	Ménage seul
	Ménage plus un enfant
	Ménage plus deux enfants et plus

Produit FORTISSIMO	Adulte seul
	Adulte plus un enfant
	Adulte plus deux enfants et plus
	Ménage seul
	Ménage plus un enfant
	Ménage plus deux enfants et plus

CHAPITRE 2**OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE***Section 1***DROIT D'ADMISSION****Article 17**

Chaque nouvel adhérent doit payer un droit d'admission, dont le montant est fixé selon l'âge à l'adhésion :

Moins de 26 ans : GRATUIT
 26 à 50 ans : 12 Euros
 51 à 60 ans : 76 Euros
 à partir de 61 ans : 114 Euros

Est exonéré du paiement du droit d'admission, le nouvel adhérent qui produit à l'appui de son bulletin d'adhésion un certificat de radiation du précédent organisme complémentaire.

Section 2

COTISATIONS

COTISATION INDIVIDUELLE OU FAMILIALE

Article 18

Pour fidéliser les adhérents, une minoration sur le montant de la cotisation de base est appliquée selon l'ancienneté à la mutuelle. Les minorations, effectives au 1^{er} janvier de chaque année, sont les suivantes :

- De 10 à 15 années : 2 %
- De 16 à 20 années : 4 %
- De 21 à 25 années : 6 %
- De 26 à 35 années : 8 %
- Au delà de 36 années : 10 %

Dans ce cadre, tout adhérent bénéficiant d'un coefficient minorateur permettra à l'un de ses ayants droit devenant adhérent immédiatement après la perte de sa qualité d'ayant droit, d'obtenir le remboursement du premier mois de sa cotisation.

En cas de décès de l'adhérent, le conjoint ayant droit, bénéficie du coefficient minorateur calculé à partir de la date de rattachement au contrat.

Suite à la mise en place de la mutuelle obligatoire des agents de la SNCF, lors du passage à la retraite de l'agent, ce dernier pourra bénéficier du coefficient minorateur calculé à la date de son départ s'il réintègre de suite la MCN.

Lors du passage à la mutuelle obligatoire de la SNCF, le coefficient minorateur du contrat demeure acquis pour le conjoint (e).

Article 19

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle. La cotisation est individuelle ou familiale.

- La cotisation individuelle s'applique à l'adhérent sans ayant droit,
- La cotisation familiale à l'adhérent avec ayant droit. Cette dernière comporte des cotisations, adhérent, conjoint et, le cas échéant enfants ; l'adhérent acquitte la somme du nombre de cotisations correspondant au nombre de personnes couvertes.

Les montants des cotisations figurent au TABLEAU DES COTISATIONS.

MODE D'ETABLISSEMENT DES COTISATIONS

Article 20

Dans le cadre des dispositions de l'article L.112-1 du code de la mutualité le montant des cotisations est modulé en fonction de l'âge du membre participant, du nombre d'ayants droit, du régime de sécurité sociale, du revenu non imposable (veuve).

Les transferts de catégorie en fonction des tranches d'âges se font au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 21

PUBLICATION DES FRAIS DE GESTION.

Les frais de gestion sinistres relatifs à l'exercice 2024 s'élèvent à 4 %, les frais d'acquisition à 1 %, les frais d'administration à 1 %, les autres charges techniques à 4 % et le total des frais à 10 % du montant total des cotisations hors taxes de la garantie.

Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont les remboursements, la gestion du tiers payant, l'information adhérent, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à la mutuelle dans le respect des garanties contractuelles.

Article 22 (réservé)

MEMBRES HONORAIRES

Article 23

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle minimale de 10 Euros.

MODIFICATION DES MONTANTS DES COTISATIONS

Article 24

L'assemblée générale fixe les montants ou les taux de cotisations. Toutefois l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Les modifications des montants de cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

CHANGEMENT DE REGIME D'OBLIGATION

Article 25

Les changements de régime obligatoire doivent être signalés à la mutuelle par écrit dans un délai de deux mois. La date d'effet du changement de catégorie est fixée au 1^{er} jour du mois suivant.

Le remboursement du ticket modérateur se fera sur la base de 25 % pour les déclarations tardives.

Article 26 (réservé)

MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 27

La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique avec l'assentiment des intéressés, elle est fractionnée de la façon suivante :

- Pour les cheminots actifs, la cotisation est prélevée mensuellement sur le compte bancaire ou postal ou payable au siège de la Mutuelle. Les cotisations sont exigibles d'avance. Le règlement doit intervenir avant le dix du mois.
- Pour les cheminots retraités la cotisation est précomptée sur la pension mensuellement payée en début de mois ;
- Pour les membres autres que cheminots la cotisation est prélevée mensuellement ou trimestriellement sur le compte bancaire ou postal ou payable au siège de la Mutuelle. Les cotisations sont exigibles d'avance. Le règlement doit intervenir avant le dix du mois.

DECES DU MEMBRE PARTICIPANT OU D'UN AYANT DROIT

Article 28

En cas de décès, si la cotisation a été payée intégralement pour le trimestre civil au cours duquel est survenu le décès, les ayants droit peuvent prétendre aux remboursements dus. Les cotisations afférentes aux mois non entamés seront remboursées.

Section 3

ABATTEMENTS FORFAITAIRES

Article 29

L'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée n'ouvre pas droit à un abattement de cotisation.

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

RESILIATION SUR L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Article 30

A défaut de paiement des cotisations depuis trois mois, la mutuelle a le droit de résilier ses garanties.

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 conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité.

CHAPITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Section 1

LES PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

Article 31

Les membres bénéficient des prestations décrites au TABLEAU DES PRESTATIONS.

Tous les remboursements de la mutuelle, s'inscrivent dans le strict respect de la réglementation des contrats responsables, définis par le code de la sécurité sociale. Dans ce cadre, la participation de 1 €, les dépassements d'honoraires et les majorations du ticket modérateur sanctionnant le non respect du parcours de soins ne peuvent être pris en charge par la mutuelle.

Pas de participation sur la contribution forfaitaire aux consultations, actes médicaux et franchises à la charge de l'assuré.

Le décret sur « les contrats responsables » prévoit une prise en charge intégrale du ticket modérateur pour au moins deux actes de prévention.

En vertu de l'obligation réglementaire les deux actions de prévention prises en charge par la mutuelle sont :

- Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC 12).

• Les vaccinations suivantes :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- Coqueluche : avant 14 ans ;
- Hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- Haemophilus influenzae B ;
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Article 32

- Pas de stage pour les actes Consultations, Visites, Déplacements et pharmacies.
- 3 mois de stage, pour les prestations dentaires, d'optique, d'orthopédie, de radiologie, d'analyse, de cure thermique, de chirurgie (hors hospitalisation) hors prestations forfaitaires et d'hospitalisation ;
- 6 mois, pour les prestations d'hospitalisation (ticket modérateur, forfait journalier et chambre particulière) et pour les prestations forfaitaires d'accompagnant, cure thermique, frais d'optique, prothèse dentaire, d'orthodontie, petit appareillage, prothèse auditive, consultations d'ostéopathie, chiropractie, produits pharmaceutiques non remboursables sur prescription, consultations diététique, pédicure.
- Passage à un contrat supérieur : 3 mois de stage pour bénéficier des garanties proposées par ledit contrat supérieur
- Le passage vers un contrat inférieur devient possible seulement à la fin de l'année civile, à condition, d'avoir été affilié au minimum 12 mois dans le contrat supérieur.

Selon les produits, certaines prestations ne sont pas accordées. Voir tableau des prestations.

DISPENSE DE STAGE

Article 33

Sont dispensés du stage prévu à l'article précédent :

- Le nouvel adhérent lorsqu'il produit à l'appui de son bulletin d'adhésion un certificat de radiation du précédent organisme d'assurance complémentaire.
- Le nouveau conjoint, inscrit dans les 3 mois de leur mariage, acte de mariage faisant foi, date d'effet : jour du mariage avec modification de catégorie au premier du mois suivant. (sous réserve que le membre participant ait accompli son stage ou en soit dispensé) ;
- Le nouveau né inscrit dans les 3 mois, acte de naissance faisant foi, date d'effet : jour de la naissance avec modification de catégorie au premier du mois suivant. (sous réserve que le membre participant ait accompli son stage ou en soit dispensé) ;
- L'enfant qui ne peut plus bénéficier de la couverture de la mutuelle en qualité d'ayant droit des parents peut adhérer personnellement en qualité de membre participant, sans stage dans les trois mois qui suivent la radiation.

CAMPAGNE D'AIDE A LA MUTUALISATION

Article 34

Le conseil d'administration peut décider de consentir des suppressions ou des réductions des stages à l'occasion de campagnes de mutualisation limitées dans le temps.

Article 35 (réservé)

Section 2

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Article 36

Le droit aux prestations est acquis pour les actes de soins dont la date se situe après les délais de stage mentionnés à l'article 32 du Règlement ou, le lendemain du jour qui suit la réception par nos services du bulletin d'adhésion accompagné du règlement correspondant à la première cotisation, en cas d'exonération de stage. Les prestations sont décomptées de la façon suivante :

- 1) Les remboursements sont compris dans le cadre de la législation de la Caisse de Prévoyance et de la Sécurité Sociale après extinction totale des droits découlant des régimes obligatoires ou, des contrats souscrits volontairement auprès des Compagnies d'Assurance ;
- 2) La date des soins ou de l'événement sert toujours de point de départ des prestations ;

- 3) Les pourcentages de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ou de la Caisse de Prévoyance ;
- 4) Les prestations accordées varient selon la catégorie du bénéficiaire, la garantie souscrite, l'âge à l'adhésion.

PRINCIPE INDEMNITAIRE

Article 37

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant au moment du sinistre.

SECOURS EXCEPTIONNELS

Article 38

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Toutefois, des secours exceptionnels peuvent être attribués à l'adhérent et à sa famille par la Commission Action Sociale pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures, accidents ou décès, des aides à certains événements familiaux (naissance, mariage, adoption, ...) peuvent également être attribuées, après examen de la situation du demandeur. L'Assemblée Générale décide d'allouer une somme globale annuelle destinée à cet effet.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 39

Toute situation particulière non prévue aux statuts ou au règlement mutualiste, sera soumise au Bureau de la Mutuelle. Les solutions adoptées dans ce cadre conservent un caractère exceptionnel et ne peuvent en aucun cas constituer une jurisprudence à l'avenir.

Section 3

MODALITES DE PAIEMENT

Article 40

Les prestations sont virées sur un compte bancaire ou postal ou d'épargne indiqué par l'adhérent selon les modalités suivantes :

1° Système NOEMIE :

Dans le cadre d'une convention (*NOEMIE 1*) passée entre les Régimes d'obligation et la Mutuelle, ces derniers transmettent par liaisons informatiques l'image décompte des prestations versées. A partir de ces informations la Mutuelle calcule les prestations et les vire automatiquement sur le compte bancaire de l'adhérent, sans que celui-ci ait à produire les décomptes des prestations.

Cette télétransmission est mentionnée sur les décomptes de la Caisse de Prévoyance ou de la Sécurité Sociale sous forme de message. Exemple, « la part due par la mutuelle sera versée sans envoi du décompte » Si cette mention n'apparaît pas, l'adhérent doit envoyer à la Mutuelle les ORIGINAUX des décomptes, ces derniers ne seront pas retournés.

L'adhérent a la possibilité de renoncer au bénéfice de la procédure Noémie 1. Le cas échéant, il doit en aviser la mutuelle par écrit ; les demandes de remboursement sont alors traitées comme indiqué à l'alinéa ci dessous ;

2° Traitement hors NOEMIE :

Les prestations de la Mutuelle sont versées aux bénéficiaires sur présentation des ORIGINAUX des décomptes des prestations établis par la Caisse de Prévoyance et la Sécurité Sociale ou de l'ORIGINAL des pièces justificatives des dépenses de soins engagés : factures ACQUITTEES, reçus ou toute autre pièce justificative établis par le praticien et/ou les établissements de soins.

Les ORIGINAUX des pièces justificatives n'étant pas retournés.

3° Tiers payant :

- Sur demande de prise en charge (par l'établissement de soins ou l'adhérent), la mutuelle paie directement les frais de séjours à l'établissement hospitalier (forfait journalier, chambre particulière, ticket modérateur en vigueur au 1^{er} août 1993 pour les bénéficiaires de la Caisse de Sécurité Sociale).
- Sur présentation de la carte d'adhérent en cours de validité, l'adhérent ne paie pas le ticket modérateur chez le pharmacien. La mutuelle paie directement le pharmacien lorsqu'il en fait la demande à l'aide d'une facture subrogatoire ou par télétransmission

4° CCAM : (Classification Commune des Actes Médicaux)

La description des prestations comportant des actes techniques est facturée en CCAM.

DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 41

Le délai de virement des prestations sur le compte bancaire indiqué par l'adhérent, est de 3 jours ouvrés après réception de l'image décompte fournie par les régimes obligatoires dans le cadre de la procédure NOEMIE 1 ; il est de 5 jours ouvrés après réception du dossier complet de la demande de remboursement pour le traitement manuel des prestations. (hors NOEMIE)

DECOMPTES DE PRESTATIONS

Article 42

Il est adressé mensuellement un décompte des prestations virées sur le compte bancaire de l'adhérent. Le décompte précise, la nature et dates des soins remboursés, la date et le montant des virements et, les prestations payées à un tiers. Le rapprochement avec les décomptes du Régime obligatoire offre à l'adhérent la possibilité de suivre les remboursements de la Mutuelle.

A partir de la page d'accueil du site www.mutuellesncf.fr de la mutuelle, la rubrique « accès adhérents » permet aux adhérents d'accéder à leur espace personnel afin de suivre le détail de leurs remboursements.

RECLAMATION

Article 43

Toute réclamation concernant nos paiements doit être formulée dans un délai de 3 mois à compter de l'envoi du décompte des prestations mentionné à l'article précédent.

RECOMMANDATION SUR LE TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

2011-R-05 DU 15 décembre 2011

Si vous êtes mécontent du traitement donné à une de vos demandes, votre première démarche doit être d'en informer votre interlocuteur habituel pour que la nature de votre insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, l'adresse à retenir pour adresser une réclamation (*) est la suivante :

MUTUELLE CHEMINOTS NORD

Service réclamations
52, Boulevard Carnot
59000 LILLE

Un accusé de réception vous parviendra dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à votre réclamation vous est transmise dans ces délais.

Une réponse vous sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de votre réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont vous serez tenu informé.

Vous pouvez également nous adresser votre réclamation via l'adresse mail suivante :

contact@mutuellesncf.fr

(*) Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation (extrait de la recommandation 2011-R-05 du 15 décembre 2011 sur le traitement des réclamations, émise par l'Autorité de Contrôle prudentiel).

MEDIATION

En cas d'insatisfaction de la réponse apportée à votre réclamation, vous avez la possibilité de saisir la Médiation Fédérale de la Mutualité Française par courrier à l'adresse suivante :

MEDIATION FEDERALE MUTUALISTE

255, rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

ou sur le site : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

CONTROLE

Article 44

L'adhérent s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter les originaux des décomptes de Caisse Maladie ou de factures correspondant aux remboursements perçus au cours des six derniers mois.

PRESTATIONS INDUES

Article 45

L'adhérent s'oblige à rembourser à la mutuelle les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. L'adhérent doit effectuer lui-même le remboursement dans les meilleurs délais. Le cas échéant, à sa demande expresse, formulée

par écrit et en accord avec la Mutuelle, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle.

D'autre part, l'adhérent s'oblige de ne pas faire supporter par la Mutuelle des dépenses qui incombent aux régimes obligatoires ou à tout autre organisme (service médical SNCF, assurance etc.)

Section 4

CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Article 46

L'assemblée générale fixe les prestations offertes. Toutefois l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux des prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Les modifications des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

SUBROGATION

Article 47

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire (remboursement de frais de soins, assistance), la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou des ayants droit contre les tiers responsables.

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 l'organisme mutualiste 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.

PRESCRIPTION

Article 48

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court pas :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
2. 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.

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.

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES

MODIFICATION DES STATUTS ET REGLEMENT

Article 49

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

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant ou honoraire.

PARTENARIAT

Article 50

La Mutuelle peut conclure, avec des organismes mutualistes, tout accord ou envisager toute association qui lui paraît utile pour les adhérents dans le cadre des dispositions prévues par le code de la mutualité.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Article 51

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse du siège social.

AUTORITE DE CONTROLE

Article 52

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le code de la mutualité. L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est chargée de contrôler la mutuelle.

I. SECOURS EXCEPTIONNEL – FONDS SOCIAL

Sur décision de l'Assemblée Générale, chaque année, un crédit est affecté au fonds social et d'actions sanitaires destiné:

- a) à accorder une aide particulière aux membres participants et leurs ayants-droit couverts par la Mutuelle pour des dépenses de santé non prévues aux présents statuts (sur dossier) ;
- b) à soutenir des actions concourant à la réalisation des objets de la Mutuelle (*actions de prévention, de solidarité et d'entraide*).
- c) la mutuelle peut accorder, sous certaines conditions, un prêt dans le cas où l'adhérent ou son ayant droit se trouverait face à d'importantes dépenses liées à des soins particulièrement onéreux.
L'aide financière, ainsi accordée par la mutuelle, est conditionnée aux ressources du demandeur et sera versée sur la base d'une facture ou d'une note d'honoraires acquittée.
- d) à accorder une aide à certains événements familiaux (naissance, mariage, adoption,...), après examen de la situation du demandeur.
L'aide au mariage est versée au seul adhérent et non aux ayants-droit. Les adhérents ayant souscrit après l'âge de 60 ans ne peuvent prétendre à cette aide.

Le Conseil d'Administration désigne sous son contrôle une commission action sociale habilitée à gérer le fonds social et d'actions sanitaires dans la limite du montant voté à cet effet par l'assemblée générale.

L'action sociale s'exerce dans le cadre des crédits alloués annuellement par l'Assemblée Générale. Les fonds votés ne peuvent excéder 3 % des cotisations brutes.