



## MUTUELLE DU COMMERCE & DIVERS

### REGLEMENT MUTUALISTE DES GARANTIES INDIVIDUELLES

---

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

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

## **TITRE 1 – Base du règlement**

### **Article 1 – Base légale du règlement**

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

### **Article 2 – Objet du règlement**

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

### **Article 3 – Modification du règlement**

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

### **Article 4 – Territorialité**

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

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

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

### **Article 5 – Accès aux services de soins**

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

### **Article 6 – Dispositions informatique et libertés**

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

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

## **TITRE 2 – Adhésion**

### **Article 7 - Bénéficiaires**

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

Sont membres participants les adhérents des sections Volontaires et Retraités, qui, par contrat d'adhésion, ont été admis à la mutuelle.

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent :

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

- Les enfants célibataires à charge de moins de 18 ans, ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent leurs études en Nouvelle-Calédonie.

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

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

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

## **Article 8 – Modalités de l'adhésion**

### **- 8.1 Acte d'adhésion**

La mutuelle remet à l'adhérent un exemplaire des statuts, un exemplaire du présent règlement et le descriptif de la garantie souscrite, et un bulletin d'adhésion.

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

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

### **- 8.2 Date d'effet de l'adhésion**

La date d'effet de l'adhésion correspond à celle mentionnée au bulletin d'adhésion et acceptée par la mutuelle. Elle ne peut pas être antérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion.

## **- 8.3 Pièces justificatives**

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

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

## **Article 9 – Périodes de stage**

Les adhérents de la section Retraités sont assurés sans délai à condition qu'il y ait continuité dans l'adhésion et que le retraité fasse connaître sa volonté d'adhérer dans cette section au plus tard dans les trois (3) mois qui suivent la date d'effet de sa pension. A défaut, un délai de carence aux prestations de un (1) mois lui est appliqué.

En cas de décès de l'adhérent retraité, la veuve, le veuf, la concubine ou le concubin sont également assurés sans délai à condition qu'il y ait continuité dans l'adhésion et que celui-ci fasse connaître sa volonté d'adhérer dans cette section au plus tard dans les trois (3) mois qui suivent le décès de l'adhérent retraité. A défaut, un délai d'attente de un (1) mois lui est appliqué.

Les adhérents de la section Volontaires subissent un délai de carence aux prestations de un (1) mois. La période de stage est supprimée pour les adhérents affiliés précédemment en section Interentreprises qui adhèrent sans interruption dans le mois qui suit leur radiation dans cette section.

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

ancienne qualité d'adhérent. A défaut, un délai d'attente de un (1) mois leur est appliqué

#### **Article 10 – Informations**

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

Pour l'application de l'alinéa précédent, un contrat d'adhésion détermine les droits et obligations respectifs des mutuelles concernées et, notamment, les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les dispositions relatives à l'information des membres participants ainsi que des mutuelles souscriptrices.

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

#### **Article 11 – Changement de garanties**

Les statuts et règlements précisent les modalités de modification du contrat.

#### **Article 12 – Durée de souscription et d'adhésion**

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

L'adhésion des veuves ou veufs ou concubine et concubin d'un retraité ou d'une retraitée ayant cotisé de son vivant à la mutuelle en section Retraité prend fin à la date de remariage ou de début de concubinage.

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

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

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

Les adhérents, assurés sociaux qui n'ouvrent pas droit au régime obligatoire d'assurance maladie

maternité (travailleurs indépendants en intégration partielle, activité insuffisante), bénéficient néanmoins des prestations de la mutuelle dans les conditions habituelles.

#### **Article 13 – Résiliation**

L'adhérent et la mutuelle peuvent mettre fin aux garanties sous réserve d'un préavis de trois (3) mois, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception. La mutuelle peut radier un adhérent en cas de non paiement des cotisations conformément aux dispositions prévues à l'article 24 du présent règlement.

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

#### **Article 14 – Effets de la résiliation**

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

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

### **TITRE 3 – Prestations**

#### **Article 15 – Prestations garanties**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Article 16 – Modalités de remboursement**

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

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

Dans le cas où des accords ont été passés entre la mutuelle et des professionnels de santé pour éviter à l'adhérent de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements sont adressés directement à ceux-ci dans la limite du montant non réglé par l'adhérent.

#### **Article 17 – Exclusions et limites**

Ne sont pas pris en charge par la mutuelle :

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

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

#### **Article 18 – Subrogation**

La mutuelle est subrogée de plein droit aux bénéficiaires, victimes d'un accident, dans leur action contre un tiers responsable et dans la limite des frais qu'elle a engagés. En cas de pratique d'un sport, à titre professionnel ou amateur, la mutuelle

intervient dans la limite de ses garanties après les autres assureurs qui couvrent le risque lié à la pratique de ce sport.

#### **Article 19 – Prescription**

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

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

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

3-Quand l'action du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court qu'à partir du jour où ce dernier a exercé l'action en justice contre le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à DIX ans, dans le cas prévu à l'article 67 alinéa 6 de la Loi N°20 13-4 du 7 juin 2013.

Enfin pour les contrats d'assurance vie, les actions du ou des bénéficiaires sont prescrites au plus tard TRENTE ans à compter du décès du bénéficiaire.

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

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

#### **Article 20 – Déchéance**

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

mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

### **TITRE 4 – Cotisations**

#### **Article 21 – Montant des cotisations**

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

#### **Article 22 – Révision des cotisations**

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

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

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

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

#### **Article 23 – Paiement des cotisations**

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

Le paiement est effectué directement par les intéressés, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance.

## **Article 24 – Défaut de paiement des cotisations**

Le défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance peut entraîner la suspension des garanties. La radiation ne peut intervenir qu'à l'expiration d'un délai de trente (30) jours, à partir de la date d'envoi, après la mise en demeure de l'adhérent.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

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

La garantie résiliée reprend ses effets dès lors qu'ont été payées à la mutuelle les cotisations arriérées ou, 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, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les adhérents de la section Volontaires, radiés pour non paiement des cotisations, ne peuvent être admis à adhérer de nouveau tant que leur situation n'a pas été régularisée.

Les anciens membres de la section Retraités dont l'adhésion a pris fin antérieurement en raison, soit de la démission de l'adhérent, soit de sa radiation notamment pour défaut de paiement des cotisations, ne sont pas réadmis.