

BRANCHE 1 ACCIDENTS - BRANCHE 2 MALADIE

ARTICLE 1 - En application des Statuts et de l'Article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent Règlement définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque adhérent et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Titre 1er : ADHÉSION

ARTICLE 2 - Peut être adhérent à la mutuelle toute personne qui fait acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion ou dont la qualité d'adhérent résulte de la signature d'une convention d'adhésion collective à adhésion obligatoire signée entre son employeur et la mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion et/ou de la convention d'adhésion collective emporte acceptation des dispositions des Statuts et du présent Règlement ; et lorsqu'elle existe, de la convention d'adhésion collective.

La qualité d'adhérent, sauf dispositions particulières prévues par la convention d'adhésion collective lorsqu'elle existe, s'acquière à compter de la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion, qui ne peut être antérieure à la date de signature du contrat, et doit faire l'objet d'une acceptation par la mutuelle.

Cette adhésion court jusqu'au 31 décembre de la même année et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

ARTICLE 3 - Peut souscrire un contrat "Complémentaire Santé" et devenir membre participant d'une manière générale tout adhérent qui en fait la demande à condition que les bénéficiaires du contrat tels que définis à l'Article 4 puissent justifier d'une ouverture de droits à un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire reconnu par La Mutuelle Verte.

Il s'agit principalement des régimes français suivants :

- Régime général des Salariés (Sécurité Sociale, C.M.S.A.),
- Régime des Travailleurs Non Salariés,
- Régime Alsace Moselle.

ARTICLE 4 - A la qualité de "bénéficiaire" toute personne qui bénéficie de prestations. Il peut être soit adhérent, soit ayant droit d'un adhérent et à ce titre, inscrit sur son dossier.

Définition des ayants droit :

- Le(a) conjoint(e), ou
- Le(a) concubin(e), ou
- Le contractant d'un pacte civil de solidarité,
- Les enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants qui remplissent les conditions prévues par la législation sur les prestations familiales, à l'exception le cas échéant de la condition d'âge.

Sont donc assimilés aux enfants à charge :

- a - les enfants de moins de 21 ans scolarisés,
- b - les enfants de moins de 25 ans lorsque :
 - Ils poursuivent des études supérieures,
 - Ils sont inscrits dans une formation en alternance dont la rémunération est inférieure à 55% du SMIC (contrat d'apprentissage, de qualification, ...),
 - Ils sont à la recherche d'un premier emploi pendant une durée maximum de 1 an et sont inscrits à ce titre à Pôle Emploi,

c - les enfants, quel que soit leur âge, qui présentent une inaptitude au travail les mettant hors d'état de se procurer par une activité quelconque une rémunération supérieure au minimum de pension de vieillesse prévu à l'Article L.351.10 du Code de la Sécurité Sociale, augmenté du montant de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse et une incapacité permanente de 80 % au moins.

ARTICLE 5 - Les garanties souscrites doivent être identiques pour tous les bénéficiaires membres de la famille dépendant de la même carte de Sécurité Sociale. Les enfants bénéficient tous d'une garantie identique qui doit obligatoirement être celle de l'un des deux parents.

ARTICLE 6 - Les membres participants paient un droit d'admission fixé à 4 euros qui est affecté au fond d'établissement.

Titre 2 : COTISATIONS

ARTICLE 7 - Les contrats sont annuels, renouvelables par tacite reconduction par année civile. Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

Des facilités de paiement sont accordées et l'adhérent a la possibilité d'échelonner sa cotisation annuelle suivant les périodicités suivantes :

- mensuelle - trimestrielle - semestrielle.

Toutefois, si l'adhérent utilise cette possibilité, des frais d'encaissement seront prélevés sur son compte lors de chaque appel de cotisations.

ARTICLE 8 - La cotisation au titre d'un contrat "Complémentaire Santé" est déterminée en fonction :

- du régime dont dépend le bénéficiaire pour la part obligatoire (C.P.A.M., M.S.A, Caisse de TNS...),
- de la garantie choisie,
- de la zone géographique où se situe le domicile principal de l'adhérent (mentionné sur sa carte de Régime Obligatoire),
- soit de l'âge à la souscription du contrat, soit de l'âge réel du bénéficiaire.
- La catégorie tarifaire des contrats "Âge à la souscription", est fonction de l'âge à l'adhésion, calculé par différence de millésime. Elle est valable pour toute la durée du contrat sauf changement de garantie ou de mode de tarification à l'initiative de l'adhérent.
- La modification tarifaire du fait de l'âge du bénéficiaire, pour les contrats "Âge réel" intervient le premier jour de chaque année civile, l'âge étant calculé par différence de millésime.

ARTICLE 9 - Chaque bénéficiaire paie une cotisation déterminée individuellement selon les critères définis dans l'Article 8 du présent Règlement. Les enfants à charge bénéficient d'un tarif spécifique.

Les cotisations sont offertes pour le troisième enfant et les suivants.

ARTICLE 10 - La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou Caisse d'Épargne.

ARTICLE 11 - En cas de retard dans le paiement de cotisations, une pénalité de 1 % par mois sera appliquée. De plus, les frais de rejet et de recouvrement éventuels seront refacturés à l'adhérent.

ARTICLE 12 - Pour ce qui concerne les adhésions collectives, les modalités d'application et de répartition des cotisations peuvent faire l'objet de dispositions particulières déterminées par la Convention d'Adhésion Collective.

Titre 3 : VERSEMENT DES PRESTATIONS

Dans le Titre 3 du présent Règlement Mutualiste, nous désignerons :

- L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE PAR L'ABRÉVIATION A.M.O.
- L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE PAR L'ABRÉVIATION A.M.C.

ARTICLE 13 - Les prestations prévues au titre des contrats Complémentaire Santé ont pour objet de compléter les prestations en nature (frais médicaux et chirurgicaux) versées par les caisses d'A.M.O. au titre des dépenses relevant de la branche Assurance Maladie Maternité.

Ainsi, sauf disposition contraire expressément prévue au titre de la garantie souscrite, seules peuvent faire l'objet d'un remboursement au titre d'un contrat Complémentaire Santé, les dépenses faisant l'objet d'une prise en charge par l'A.M.O..

Sauf cas particuliers, les relevés de prestations émis par l'A.M.O. nous parviennent par télétransmission via la norme NOEMIE.

Toutefois, un adhérent, ou un de ses bénéficiaires, a la possibilité de renoncer au service des télétransmissions de ses décomptes.

Pour cela une demande écrite doit être adressée à La Mutuelle Verte et le bénéficiaire concerné devra fournir une attestation sur l'honneur précisant s'il est ou non déjà inscrit auprès d'un autre A.M.C..

Dans tous les cas, lorsque le décompte de l'A.M.O. n'a pas fait l'objet d'une télétransmission, l'original du décompte papier émis par l'A.M.O. devra être présenté pour obtenir le remboursement complémentaire afférent.

ARTICLE 14 - REMBOURSEMENTS LIMITÉS À LA DÉPENSE RÉELLEMENT ENGAGÉE

Conformément à l'Article 9 de la Loi 89-1009 du 31/12/1989, en aucun cas les prestations servies en application de la garantie souscrite ne pourront, en s'ajoutant à celles de même nature qui seraient servies par une caisse d'Assurance Maladie ou tout autre organisme, permettre à l'intéressé de recevoir des sommes supérieures à la dépense réellement engagée et dûment justifiée.

Ainsi, il est précisé que les prestations servies au titre des contrats Complémentaire Santé, même lorsqu'elles sont exprimées sous forme d'un forfait ou d'une prime, n'ont pas un caractère d'indemnité et leur versement est limité au montant de la dépense restant à la charge de l'assuré.

ARTICLE 15 - PRÉCISIONS CONCERNANT LES PERSONNES NE BÉNÉFICIAIRE PAS DES TÉLÉTRANSMISSIONS :

ARTICLE 15.1 - CAS DE PLURALITÉ D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Si un adhérent principal et/ou un ou plusieurs bénéficiaires de son contrat bénéficient d'une autre couverture Complémentaire Santé, les contraintes techniques actuelles relatives aux échanges de flux entre les A.M.O. et les A.M.C. imposent qu'un choix soit fait par l'adhérent de l'A.M.C. qui sera connecté à la caisse de Sécurité Sociale dans le cadre des échanges NOEMIE (télétransmissions des décomptes de prestations) et qui deviendra par ce choix l'organisme de référence (désigné A.M.C. de 1er rang) notamment pour la procédure de tiers payant auprès des professionnels de santé.

Ainsi, si le choix de l'adhérent est de désigner un autre A.M.C. pour être destinataire des flux de remboursement NOEMIE, le bénéficiaire concerné ne pourra faire l'objet d'une inscription sur la carte de tiers payant, et La Mutuelle Verte interviendra en A.M.C. de 2ème rang (sur complémentaire).

Dans ce cas, en qualité de mutuelle de 2ème rang, La Mutuelle Verte pourra compléter les remboursements émis par l'A.M.O. et par l'A.M.C. de 1er rang suivant les règles applicables aux garanties sur complémentaires, dans la limite de la garantie souscrite et du montant de la dépense réellement engagée.

Si l'A.M.O. d'un bénéficiaire ayant souscrit un contrat auprès de 2 A.M.C. n'effectue pas la télétransmission, le choix d'un A.M.C. de 1er et de 2ème rang s'imposera aussi, notamment pour déterminer l'A.M.C. qui sera référent pour la procédure de tiers payant et qui liquidera les relevés originaux émis par l'A.M.O..

ARTICLE 15.2 - CAS DES BÉNÉFICIAIRES AYANT REFUSÉ LA TÉLÉTRANSMISSION DE SES RELEVÉS DE PRESTATIONS

Pour permettre à La Mutuelle Verte de traiter les demandes de remboursement en qualité d'A.M.C. de 1er rang tout en s'assurant du respect de l'Article 9 de la Loi 89-1009 du 31/12/1989, le bénéficiaire qui acte son refus de mise en place des télétransmissions s'engage à présenter les décomptes papier originaux émis par son A.M.O.. Étant précisé qu'aucun décompte imprimé via internet, photocopié, faxé ou scanné, ne pourra faire l'objet d'un traitement par La Mutuelle Verte (les conditions générales détaillées d'utilisation d'un compte ameli.fr prévoyant expressément l'envoi d'un relevé papier par la poste si les télétransmissions n'étaient pas établies).

ARTICLE 16 - Les prestations sont servies conformément au niveau de garantie souscrit à l'adhésion.

Toutefois, en référence aux Articles 56 et 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, ne pourront donner lieu à remboursement notamment la participation forfaitaire par acte médical mentionnée dans l'Article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale et la participation ou la majoration prévue pour le non-respect du protocole de soins mentionnés aux Articles L162-5-3 et L161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale (choix d'un médecin traitant, accès au dossier médical). En respect du parcours de soins, la mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires des médecins dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par le législateur et la convention médicale.

ARTICLE 17 - Seuls peuvent donner lieu à prise en charge au titre de la garantie souscrite, les soins pour lesquels la date retenue pour l'examen du droit aux prestations est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion, après que les délais de stage définis à l'adhésion aient pris fin, et antérieure à la date de radiation.

En tant qu'organisme complémentaire aux régimes d'A.M.O., la date retenue pour l'examen du droit à prestations correspond à la date de l'acte médical portée sur le décompte de l'A.M.O.. Dans le cas où sur ce dernier serait reportée une période, seuls seront pris en considération les soins dont les dates d'exécution respectent le 1er paragraphe. Si les dates ne peuvent être précisées, il sera appliqué sur les montants à rembourser un prorata temporis.

Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différée de la date des soins définie ci-avant, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

En cas de radiation exceptionnelle en cours d'année civile, le remboursement des prestations fixées par forfait annuel sera recalculé au prorata de la durée d'adhésion par rapport à l'année civile.

ARTICLE 18 - Si des prestations étaient indûment versées pour le compte d'un adhérent ou d'un de ses bénéficiaires, l'adhérent s'engage à procéder à leur remboursement. A défaut, La Mutuelle Verte pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit, les frais de ce type de procédure étant à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 19 - SOINS À L'ÉTRANGER

Dans le cadre de soins effectués à l'étranger, que ce soit l'A.M.O. dont dépend le bénéficiaire dans son pays d'origine ou l'Assurance Maladie du pays d'accueil qui verse la part obligatoire, la garantie souscrite s'applique de plein droit.

Toutefois, et dans ces 2 cas, notre remboursement ne pourra excéder le complément qui incomberait à La Mutuelle Verte au titre des mêmes soins s'ils avaient été réalisés et facturés dans le pays d'origine et remboursés par l'A.M.O. dont dépend le bénéficiaire. Pour les personnes inscrites à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) et ayant souscrit un contrat collectif mis en place spécifiquement au travers d'une association d'expatriés et/ou de détachés portant sur une zone géographique du monde précisément déterminée par ledit contrat, seront considérés comme pays d'origine la France et le pays de résidence.

Par ailleurs, aucun remboursement n'est prévu pour une hospitalisation ou des soins dispensés à l'étranger du propre choix d'un

bénéficiaire si ces soins ne font pas l'objet d'une prise en charge par une caisse de Sécurité Sociale.

ARTICLE 20 - FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (FJH) ET PRISE EN CHARGE DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE

Le versement du Forfait Journalier Hospitalier (FJH) et la prise en charge de la chambre particulière s'entendent dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement, au sein d'un établissement de santé défini par le Code de la santé publique (Art. L6111-1 et Art. L6111-1°) dispensant des activités de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie), de Psychiatrie et de Soins de Suite ou de Réadaptation (Centres et unités de rééducation fonctionnelle, Convalescence, Maison de Repos, Cures Médicales, Maisons de Régime, Etablissement de Lutte contre la Tuberculose). Ces prestations ne peuvent être remboursées au titre de l'hébergement dans une unité ou un centre de long séjour, ou encore dans un établissement social ou médico-social.

Lorsque l'établissement de santé propose différents niveaux de confort pour la chambre particulière, quel que soit le montant du remboursement prévu par la garantie souscrite, le remboursement de La Mutuelle Verte sera limité au tarif de la chambre particulière de base.

ARTICLE 21 - DÉLAIS DE STAGE

Un délai de stage variable de 3 à 10 mois selon les actes est demandé à tout nouveau bénéficiaire.

- | | |
|--|---------|
| • Honoraires médicaux, pharmacie, soins dentaires (hors prothèses) : | 3 mois |
| • Transport et hospitalisation : | 3 mois |
| • Verres, montures, lentilles, forfait/prime optique, implants, orthodontie, prothèses, appareillage, cure thermique, primes et indemnités : | 6 mois |
| • Maternité : | 10 mois |

Toutefois, ce délai ne s'applique pas :

- lorsque l'adhésion résulte de la signature d'une convention d'adhésion collective, pour toute personne constituant le groupe ou le rejoignant dans un délai de 3 mois,
- pour tout nouveau salarié entrant dans une collectivité déjà adhérente, s'il adhère à La Mutuelle Verte dans les 3 premiers mois de son activité,
- pour le conjoint sur présentation d'un certificat de mariage si le mariage remonte à moins de 3 mois,
- pour les enfants si leur inscription intervient dans les 3 premiers mois suivant leur naissance ou leur adoption,
- pour toute personne pouvant justifier par la production de certificat(s) de radiation d'avoir sans interruption bénéficié, durant les 12 mois précédents l'adhésion à La Mutuelle Verte, d'une couverture complémentaire santé.

ARTICLE 22 - REMBOURSEMENT DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Selon la garantie choisie et si celle-ci prévoit pour une prestation déterminée, de ne rembourser que tout ou partie du ticket modérateur, il ne sera pas fait de remboursement lorsque le bénéficiaire du soin en est exonéré. Ainsi, les dépassements d'honoraires ou suppléments de frais ne seront remboursés que s'ils sont prévus au titre du contrat, pour la prestation concernée.

ARTICLE 23 - DÉLAIS DE PRESCRIPTION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires devront sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le même délai de forclusion sera appliqué aux primes et indemnités à compter de l'événement.

De même, pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées devra nous parvenir dans un délai de 2 ans à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

ARTICLE 24 - Pour recevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

ARTICLE 25 - Il est précisé qu'une annexe technique remise aux adhérents à la souscription (également à leur disposition sur simple demande auprès de nos services) développe, en fonction du type de prestations, les conditions et modalités de remboursement.

Titre 4 : MODIFICATION DES GARANTIES

ARTICLE 26 - Les contrats étant annuels, les changements de garanties ne prennent effet qu'au premier janvier de l'année qui suit celle de la demande de modification.

ARTICLE 27 - En cas de changement de garantie ou de mode de calcul des cotisations, c'est l'âge du bénéficiaire à la date de sa demande qui détermine le montant de la cotisation, sauf pour une diminution des garanties sans modification du mode de calcul des cotisations.

ARTICLE 28 - Dans le cas d'une augmentation de garantie, un délai de stage tel que défini à l'Article 21 est appliqué sur les garanties supplémentaires.

Titre 5 : RÉSILIATION

ARTICLE 29 - La démission à l'initiative de l'adhérent est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception avec un préavis obligatoire de 2 mois avant la fin de l'année civile.

ARTICLE 30 - La radiation à l'initiative de la mutuelle pour non-paiement des cotisations peut intervenir dans les conditions suivantes :

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après une 1ère mise en demeure à l'initiative de la mutuelle. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration d'un délai de 15 jours supplémentaires, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation définitive des garanties. La radiation doit être notifiée par lettre recommandée à l'initiative de la mutuelle.

Dans cette hypothèse, l'adhésion étant annuelle, la radiation est prononcée en date d'effet du 31 décembre de l'année civile en cours et les échéances à courir jusqu'à cette date deviennent alors immédiatement exigibles.

ARTICLE 31 - A l'initiative de la mutuelle, peuvent être exclus :

- Les membres qui auront de mauvaise foi fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées, conformément aux prévisions de l'Article L.221-15 du Code de la Mutualité.
- Les membres qui auraient causé aux intérêts de La Mutuelle Verte un préjudice volontaire et dûment constaté.

ARTICLE 32 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

32-1 : Quelle que soit la cause de résiliation du contrat, les cotisations restent dues pour l'année civile entière.

32-2 : De ce fait, la démission, la radiation et l'exclusion ne peuvent donner droit au remboursement des cotisations versées au titre de l'année en cours.

32-3 : Toutefois, en cas de décès, les cotisations ne seront pas exigibles au-delà du trimestre au cours duquel le décès de l'adhérent est intervenu.

Dans l'hypothèse d'un paiement par avance, les héritiers pourront demander le remboursement d'une partie des cotisations, sur présentation d'une attestation "porte-fort", mais le trimestre au cours duquel le décès de l'adhérent est intervenu reste acquis à La Mutuelle Verte.

32-4 : Pour les opérations individuelles, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion et lorsque la situation nou-

velle ne permet plus le versement de prestations au titre des garanties souscrites, il pourra être mis fin à l'adhésion par chacune des parties dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet au dernier jour du mois de la date de sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des documents justifiant du changement de situation. Le cas échéant, la mutuelle remboursera l'adhérent pour la partie de la 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.

Titre 6 : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 33 - La Mutuelle Verte est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que La Mutuelle Verte a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice physique esthétique ou d'agrément, à moins que la prestation versée par La Mutuelle Verte n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve. Elle est également subrogée de plein droit au membre participant pour la récupération des avances consenties pour les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

ARTICLE 34 - Chaque adhérent recevra avec son bulletin d'adhésion le présent Règlement auquel il sera tenu de se conformer au même titre qu'aux Statuts.

ARTICLE 35 - L'adhérent peut renoncer à son adhésion si, dans les 8 jours qui suivent la signature du bulletin d'adhésion, il adresse au siège de la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception demandant à bénéficier de la faculté de renonciation.

ARTICLE 36 - Dans le cadre de la délégation prévue par l'Assemblée Générale (Article 31 des Statuts) le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Mutualiste des modifications qui s'appliqueront immédiatement.

II – GARANTIES *

III – TARIFS *

* Communiqués avec le certificat d'adhésion

BRANCHE 20 VIE - DÉCÈS

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Titre 1 : ADHÉSION

ARTICLE D1 - Adhèrent à la garantie "INDEMNITES OBSEQUES" tous les adhérents ayant souscrit auprès de La Mutuelle Verte une garantie en Branche 1 et 2 (Accidents – Maladie) qui prévoit au titre des prestations le versement d'une indemnité obsèques pour les montants mentionnés au Chapitre II.

ARTICLE D2 - La garantie Obsèques est indissociable des garanties proposées en Branche 1 et 2 (Accidents – Maladie).

Titre 2 : COTISATIONS

ARTICLE D3 - Les cotisations afférentes aux indemnités obsèques suivent les règles appliquées aux branches Accidents – Maladie telles que définies aux articles 7 à 12 du règlement mutualiste "Branche 1 et 2".

Titre 3 : VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE D4 - En respect de l'article L 223-5 du Code de la Mutualité, seules les personnes de 12 ans et plus, ayant la qualité de bénéficiaire au titre d'un contrat "Accidents – Maladie" (article 4 du Règlement Mutualiste), peuvent être assurées au titre de cette prestation.

Les indemnités Obsèques ne sont plus versées lorsque le décès de l'assuré a lieu au-delà du dernier jour de l'année civile de son 65ème anniversaire.

Cette prestation indemnitaire a pour objet de constituer une participation aux frais d'obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie. Le remboursement est effectué dans la limite :

- des frais funéraires engagés,
- du montant précisé au Chapitre II.

Elle est versée en priorité par la procédure de tiers payant à l'entreprise de pompes funèbres chargée de la prestation funéraire. Elle peut aussi être versée soit à une personne physique soit au notaire chargé de la succession, dans la mesure où la justification d'avoir supporté les frais funéraires est apportée.

ARTICLE D5 - Un délai de stage de 6 mois est demandé à tout nouvel assuré.

Toutefois, ce délai ne s'applique pas :

- lorsque l'adhésion résulte de la signature d'une convention d'adhésion collective, pour toute personne constituant le groupe ou le rejoignant dans un délai de 3 mois,
- pour tout nouveau salarié entrant dans une collectivité déjà adhérente, s'il adhère à La Mutuelle Verte dans les 3 premiers mois de son activité,
- pour le conjoint sur présentation d'un certificat de mariage si le mariage remonte à moins de 3 mois,
- pour toute personne pouvant justifier par la production de certificat(s) de radiation d'avoir sans interruption bénéficié, durant les 12 mois précédents l'adhésion à La Mutuelle Verte, d'une couverture complémentaire santé.

ARTICLE D6 - Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à compter de l'événement.

ARTICLE D7 - Les pièces à fournir sont les suivantes :

- 1 - Versement de l'indemnité obsèques à une entreprise de pompes funèbres :
 - l'acte de décès,
 - la facture des dépenses funéraires. Celle-ci devra clairement préciser le nom du défunt,
 - le RIB de l'entreprise de pompes funèbres.

2 - Versement de l'indemnité obsèques au notaire chargé de la succession :

- l'acte de décès,
- la facture originale des dépenses funéraires dûment acquittée. Celle-ci devra clairement préciser le nom du défunt,
- le RIB de l'étude notariale.

3 - Versement de l'indemnité obsèques à la personne physique ayant réglé les dépenses funéraires :

- la photocopie recto/verso de sa carte d'identité en cours de validité et ses coordonnées bancaires (RIB).

(Si cette personne est déjà enregistrée auprès de nos services sur le même contrat que le défunt, ces pièces ne seront pas demandées, le versement se fera sur le compte bancaire inscrit sur le contrat),

- l'acte de décès,
- la facture originale des dépenses funéraires dûment acquittée. Celle-ci devra clairement préciser le nom du défunt et les coordonnées de la personne ayant réglé les dépenses.

ARTICLE D8 - Les indemnités obsèques ne pourront être versées que si le compte de l'adhérent est à jour.

ARTICLE D9 - Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées devra nous parvenir dans un délai de 2 ans à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Titre 4 : MODIFICATION DES GARANTIES

ARTICLE D10 - Les indemnités obsèques étant indissociables des garanties Accidents-Maladie, tout changement de garantie Accidents-Maladie entraîne ipso facto le changement des indemnités obsèques correspondant à la nouvelle garantie Accidents-Maladie choisie.

Cette prestation est temporaire et indemnitaire. L'Assemblée Générale de La Mutuelle Verte décide chaque année de sa suppression ou de son maintien et se prononce sur son montant.

Titre 5 : RENONCIATION - RÉSILIATION

ARTICLE D11 - Lorsque la garantie proposée par La Mutuelle Verte en Branche 1 et 2 (Accidents-maladie) prévoit une indemnité obsèques, le délai de renonciation de 8 jours est porté à 30 jours calendaires révolus. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception datée et signée et envoyée au siège social de La Mutuelle Verte.

ARTICLE D12 - Les indemnités obsèques étant indissociables des garanties Accidents-Maladie, en conséquence la démission ou la radiation à l'initiative de l'une ou l'autre des parties ne peut se faire que dans le cas de résiliation de la garantie Accidents-Maladie à laquelle ces indemnités sont rattachées.

Titre 6 : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE D13 - Chaque adhérent recevra avec son bulletin d'adhésion le présent règlement auquel il sera tenu de se conformer au même titre qu'aux Statuts.

ARTICLE D14 - Dans le cadre de la délégation prévue par l'Assemblée Générale (Article 31 des Statuts) le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Mutualiste des modifications qui s'appliqueront immédiatement.

II – GARANTIES *

III – TARIFS *

* Communiqués avec le certificat d'adhésion