



Mutuelle de France des Hospitaliers

Règlement intérieur

Adopté à l'Assemblée générale mixte du 5 avril 2018



Mutuelle de France des Hospitaliers

CHU Grenoble-Alpes - Avenue du Maquis Grésivaudan - 38700 La Tronche
Adresse postale : CHU Grenoble - CS 10217 - 38043 GRENOBLE CEDEX

Tél. : 04.76.15.27.80 - Fax : 04.76.15.27.79
Contact@M-F-H.fr

Sommaire

Chapitre 1 - Obligations des adhérents envers la mutuelle	2
Section 1 - Dispositions générales relatives aux cotisations	3
Section 2 - Cotisations	3
Chapitre II - Obligations de la mutuelle envers ses adhérents	4
Section 1 - Dispositions générales relatives aux prestations	4
Section 2 - Prestations accordées par la mutuelle	5
Chapitre III - Action sociale	6
Chapitre IV - Prestations d'allocations journalières	7
Chapitre V - Autres services proposés aux adhérents	8
Chapitre VI - Période de carence lors de l'adhésion à la mutuelle	8
Chapitre VII - Démission - Radiation - Exclusion	9
Chapitre VIII - Dispositions particulières	9
Chapitre IX - Organisation de la vie mutualiste	10

Article 1 : Préambule

Le présent règlement intérieur définit le contenu des engagements contractuels existants entre le membre participant ou honoraire et la mutuelle, notamment en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion dans le respect des conditions définies dans le présent Règlement intérieur. Chaque adhérent reçoit sur simple demande auprès du siège social de la mutuelle, copie des statuts et du Règlement intérieur. Ces documents sont consultables sur le site Internet de la mutuelle.

Les modifications statutaires et réglementaires sont portées à connaissance des adhérents. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Les membres participants de la mutuelle sont répartis en trois catégories de membres participants :

➤ Catégorie I : « Hospitaliers », bénéficiant de la cotisation minorée »

Peuvent être adhérents à la mutuelle comme membres participants « Hospitaliers » et ainsi bénéficier de la cotisation minorée :

- ⇒ Les agents salariés (titulaire, stagiaire ou contractuel) des établissements hospitaliers, sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, adhérent avant l'âge de cinquante-cinq ans, dont la cotisation est prélevée sur leur fiche de paie,
- ⇒ Les élèves des écoles publiques d'enseignement médical, paramédical et social, adhérent avant l'âge de cinquante-cinq ans, sur justificatif de leur certificat de scolarité,
- ⇒ Les agents en congé parental, et en disponibilité pendant la durée de ce congé justifié par décision administrative, adhérent avant l'âge de cinquante-cinq ans,
- ⇒ Les salariés des établissements « Loi 1901 » en relation avec la Fonction Publique Hospitalière ou les établissements publics de santé, adhérent avant l'âge de cinquante-cinq ans,
- ⇒ Les salariés de la mutuelle sans condition d'âge,
- ⇒ Les membres participants « Hospitaliers » conservent leur qualité de membres participant « Hospitalier » lors de leur passage à la retraite, et leur cotisation est prélevée sur leurs arrérages de pension CNRACL.

➤ Catégorie II : « Extérieurs »

Peuvent être adhérents à la mutuelle comme membres participants « Extérieurs » :

Les personnes ayant un lien de parenté avec un membre participant « Hospitalier » hors conjoint, adhérent avant l'âge de cinquante-trois ans,

➤ Catégorie III : « Adhésion tardive »

Peuvent être adhérent à la mutuelle comme membres participants « Adhésion tardive » :

Les personnes ne relevant pas des catégories des membres participants « Hospitaliers » ou « Extérieurs », c'est-à-dire toutes les personnes adhérent après l'âge de cinquante-trois ans.

Le contrat mutuelle en catégorie « ADHESION TARDIVE » ne permet pas l'adjonction d'un conjoint.

Les personnes concernées sont invitées à devenir sociétaire à part entière et à souscrire leur propre contrat mutuelle.

Sont considérés comme ayant-droits et peuvent être pris en charge par un adhérent des Catégories I et II :

- ⇒ Le conjoint, concubin ou partenaire ayant souscrit un PACS non salarié de la Fonction Publique Hospitalière, ayant droit ou assuré sécurité sociale, jusqu'aux 53 ans du membre participant « Hospitalier » ou « Extérieur »
- ⇒ Les enfants, assurés sociaux ou non, sans conditions d'âge, pendant la durée de leur scolarité ou cursus étudiant, sur justificatif de leur certificat de scolarité.

Les membres participants ainsi que personnes bénéficiaires inscrites sur leur contrat (art. 6, IV des Statuts), peuvent bénéficier des prestations du contrat mutuelle où tout est compris dans la cotisation.

Néanmoins, la prestation « Allocations Journalières » est réservée aux membres participants de la catégorie I « Hospitaliers », qui justifient de droits ouverts auprès du CGOS.

La mutuelle établit des contrats à tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année civile.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

La cotisation est précomptée sur leur salaire, ou leur pension CNRACL, s'ils relèvent de la catégorie de membre « Hospitalier ». Les membres des catégories « Extérieur » seront prélevés du montant de leur cotisation sur leur compte bancaire, postal ou de Caisse d'épargne, ou réglée par tout autre moyen.

Les cotisations des membres de la catégorie « Adhésion Tardive » seront soit précomptées sur leur fiche de paie émises par un établissement public de santé, soit sur leur pension CNRACL lorsqu'ils sont salariés d'un établissement public de santé.

Si le membre relevant de la catégorie « Adhésion Tardive » est extérieur à la Fonction Publique Hospitalière, sa cotisation sera prélevée sur compte bancaire, postal ou de Caisse d'épargne ou réglée par tout autre moyen.

Les cotisations sont perçues mensuellement à terme échu. Le premier prélèvement est un droit d'entrée. Le calcul du droit d'entrée est fonction de la composition familiale au moment de l'enregistrement de l'adhésion, et est équivalent au montant de la cotisation du mois M+1.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leur droit d'entrée et de leurs cotisations. Toute adhésion à la mutuelle, entraîne une obligation de rester au minimum 12 mois consécutifs adhérent à la mutuelle.

Chapitre 1 - Obligations des adhérents envers la Mutuelle

Section 1 - Dispositions générales relatives aux cotisations

Article 2

Aucune dispense de cotisation ne peut être accordée en dehors des cas prévus à l'article 4 du présent règlement intérieur.

Article 3 : Réclamations - Remboursement des indus

Pour être recevable, toute réclamation portant sur des cotisations appelées ou précomptées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de 27 mois à compter de la date d'appel ou de la date de précompte des cotisations. De même, les régularisations de cotisations demandées par la mutuelle, pour quelque motif que ce soit, ne peuvent concerner une période antérieure de plus de 27 mois au jour de la demande. Ce délai de 27 mois est identique à celui appliqué par l'Assurance Maladie.

Article 4

Pour les adhérents bénéficiant d'un faible revenu et non imposables sur le revenu, les cotisations peuvent être prises en charge en tout ou en partie, sur demande des intéressés, par la Commission Sociale prévue à l'article 15, sur décision du Conseil d'administration après examen de la situation de chaque cas particulier. La Commission sociale examinera le dossier de demande de prise en charge de tout ou partie des cotisations.

Par ailleurs, les membres participants sont informés que la mutuelle adhère au dispositif de la CMU.

Section 2 - Cotisations

Article 5 : Règles applicables aux membres participants relevant de la Catégorie I « Hospitaliers » et II « Extérieurs » et III « Adhésion Tardive ».

➤ Dispositions communes aux membres participants des 3 catégories :

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, pour eux et leurs bénéficiaires. Celle-ci est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle. Les cotisations sont perçues mensuellement à terme échu. Le premier prélèvement est un droit d'entrée.

Le calcul du droit d'entrée est fonction de la composition familiale au moment de l'enregistrement de l'adhésion et équivaut à la cotisation du mois M+1.

Cette cotisation comprend également les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Fédérations, Unions départementales, etc.) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les règlements de ces organismes.

Cette cotisation comprend également la quote-part décidée par l'Assemblée Générale pour le financement de l'Action Sociale.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge du membre participant et du nombre de personnes protégées. Le millésime de l'âge du membre participant est obtenu par la différence entre l'année en cours et l'année de naissance, sans tenir compte de l'incidence du mois de naissance.

➤ **Dispositions particulières aux membres participants de la catégorie I « Hospitalier »**

Les membres participants de la catégorie « Hospitalier » bénéficient d'une cotisation minorée garantie à vie (Salariés de la Fonction Publique Hospitalière - titulaire, stagiaire ou contractuel - ou retraités de la Fonction publique Hospitalière et titulaire de droits à la CNRACL, ayant souscrit au contrat mutuelle avant l'âge de leurs cinquante-cinq ans, l'année civile servant de référence au calcul du millésime)

Le montant de leur cotisation est obligatoirement opéré en précompte sur leurs fiches de paie, sous condition d'une convention conclue à cet effet entre la mutuelle et leur employeur ou sur leurs bulletins de paiement de pension CNRACL, sous condition d'une convention conclue entre la mutuelle et la CNRACL, ou, à défaut, par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent, après signature de celui-ci d'un mandant de prélèvement SEPA.

Toute personne refusant ces moyens de paiement alors que ceux-ci sont possibles, ne bénéficiera plus du tarif hospitalier minoré à vie.

➤ **Dispositions concernant les ayant-droits :**

⇒ **Conjoint**

Est compris comme conjoint, uniquement le conjoint qui n'est pas salarié de la Fonction Publique Hospitalière et qui est ajouté au contrat du membre participant « Hospitalier » ou « Extérieur » avant les cinquante-cinq ans dudit membre participant.

La cotisation du conjoint ayant-droit s'applique uniquement au conjoint d'un adhérent « Hospitalier » ayant souscrit son contrat avant l'âge de cinquante-cinq ans.

⇒ **Enfants**

Les deux premiers enfants paient une cotisation complète définie par l'assemblée générale annuelle.

Le troisième enfant et les suivants, bénéficient de la gratuité de cotisation.

Un enfant peut être bénéficiaire du contrat du parent jusqu'à ce qu'il soit assuré social. Une fois assuré social, l'enfant peut devenir membre participant en souscrivant son propre contrat.

Exception : les enfants étudiants étant assurés sociaux peuvent rester bénéficiaires du contrat parental pendant la durée de leur statut étudiant sur présentation annuelle d'un certificat de scolarité.

Le calcul des cotisations relatif à chaque catégorie d'adhérent est consultable en ligne sur le site Internet de la mutuelle.

Chapitre II - Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Section 1 - Dispositions générales relatives aux prestations

L'adhérent s'engage à prévenir la mutuelle, dans les meilleurs délais, de tous changements concernant sa situation administrative, personnelle ou familiale.

Pour écourter les délais de paiements de vos prestations, nous vous conseillons de nous retourner annuellement la feuille de demande de renseignements administratifs qui vous sera envoyée à chaque fin d'année civile.

Article 6

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais engagés. De même, le montant des prestations « allocations journalières » ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent. Dans le cas où le cumul des prestations servies, par une caisse de l'Assurance Maladie, par le CGOS ou par d'autres

organismes publics ou privés, aboutirait à un remboursement supérieur au montant total des dépenses réelles, les prestations accordées par la mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Article 7

Les demandes de prestations présentées par les mutualistes ou les factures présentées par les établissements publics ou privés, accompagnées des justifications prévues par le présent règlement doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 27 mois à compter de la date des soins (délai identique à celui de l'Assurance Maladie).

Article 8

Pour l'ensemble des produits pharmaceutiques, ne sont en aucun cas remboursés les produits non agréés par l'Assurance Maladie et non prescrits par ordonnance médicale. A la demande de prestation doit être joint un décompte de la Sécurité sociale et une facture comportant acquit et signature du pharmacien ayant délivré les produits.

En tout état de cause, les produits pharmaceutiques pris en charge par la mutuelle, le sont lorsqu'ils sont adossés à un remboursement de l'Assurance Maladie.

Article 9

En ce qui concerne les prestations médicales, la demande de prestations doit être accompagnée du décompte de l'Assurance Maladie et de la ou des factures dûment acquittées.

Pour les soins ou les frais hors nomenclatures, les actes peu ou pas remboursés par l'Assurance Maladie, et les dépassements d'honoraires, le cas échéant : ceux-ci sont remboursés à hauteur de 120€/an sous la forme de 6 séances à 20 €, sur justification de l'acte, de la séance ou du produit daté et signé par le fournisseur, attestant du prix de l'acte dûment acquitté.

Le formulaire est téléchargeable depuis l'onglet « Le + MFH » depuis le site Internet de la mutuelle, ou envoyé par la poste sur simple demande ou disponible au siège de la mutuelle.

Article 10

En ce qui concerne les prestations « hospitalisation », la demande de remboursement doit être accompagnée obligatoirement des avis des sommes à payer et des factures acquittées. Il en est de même pour les placements en maison de repos à caractère médical ou en colonie sanitaire de vacances.

Article 11

L'intervention de la mutuelle pour les prestations « pharmaceutiques », « médicales » et « hospitalisation », revenant aux membres ayant la qualité d'agent hospitalier, ne se substitue pas aux dispositions du Statut de la Fonction Publique Hospitalière applicables en l'espèce aux agents intéressés et qui ont un caractère obligatoire pour les établissements employeurs.

Les agents concernés relevant du Statut de la Fonction Publique Hospitalière, sont appelés à participer solidairement aux démarches qui seront initiées en défense de son article 44 dit des « Soins Gratuits ».

Article 12

Conformément aux dispositions de l'article L.375-1 du code de l'Assurance Maladie, les maladies, blessures ou infirmités résultant d'une faute intentionnelle d'un membre participant ou de l'un de ses ayants droit ne peuvent donner lieu à aucune prestation de la part de la mutuelle à l'exception, éventuellement, des aides exceptionnelles non remboursables.

Section 2 - Prestations accordées par la mutuelle

Article 13

Les prestations s'appliquent aux membres participants et bénéficiaires. La mutuelle assure le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur l'Assurance Maladie en tenant compte, pour l'ensemble des garanties, du respect par l'adhérent et/ou ses ayants droits, du parcours de soins coordonnés, conformément à la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie et à la convention médicale du 12 janvier 2005.

Hors parcours de soins coordonnés, qu'il s'agisse de soins ambulatoires ou d'hospitalisation, la mutuelle ne prend pas en charge les éventuelles majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires. Par ailleurs, la mutuelle ne prend pas en charge la contribution forfaitaire prévue par la loi.

Dans tous les cas le montant cumulé Assurance Maladie et Mutuelle ne peut être supérieur à la dépense réelle effectuée.

Le tableau des prestations est validé chaque année en Assemblée Générale à laquelle tous les adhérents sont représentés conformément aux statuts. Il est disponible sur simple demande et consultable sur le site internet de la mutuelle.

Chapitre III - Action sociale

Article 14

Il est créé au sein de la mutuelle un fonds d'action sociale dénommé « Commission sociale ». La Commission d'action sociale est dotée à cet effet d'un budget annuel proposé par le Conseil d'administration, et soumis à l'approbation de l'Assemblée générale qui est affecté au versement des Aides Exceptionnelles.

L'action sociale de la mutuelle pourra par exemple, prendre la forme de secours exceptionnels. La commission sociale ne peut être saisie que pour des aides liées à des dépenses de Santé.

La Commission sociale dispose d'un règlement intérieur, délivré à la demande des adhérents et en tout état de cause à ceux déposant une demande d'aide exceptionnelle.

L'attribution des aides nécessite, obligatoirement et au préalable, la constitution d'un dossier spécifique. Tout dossier fera l'objet d'une étude particulière et sera à ce titre systématiquement traité par la commission sociale qui se prononcera sur la délivrance ou non de l'aide. Les propositions de la Commission Sociales sont validées par le Conseil d'Administration.

Les aides délivrées par la Commission sociale de la mutuelle, sont complémentaires aux demandes préalables réalisées auprès des organismes mentionnés dans son règlement intérieur.

Tout adhérent peut déposer un dossier de demande d'aide exceptionnelle. Cette demande pourra être réalisée soit par le formulaire établi par la mutuelle, auquel cas l'adhérent s'engage à ne pas faire d'autres demandes auprès de tout autre organisme d'aide, soit sur présentation des justificatifs des organismes sociaux auprès desquels il aura déposé une demande d'aide exceptionnelle, préalablement à celle sollicitée auprès de la Commission d'action sociale de la mutuelle.

Article 15 : Aides exceptionnelles

➤ **Aides Exceptionnelles non remboursables (AENR)**

Des aides exceptionnelles non remboursables peuvent être accordées par la commission sociale aux membres participants et à leurs ayants droit pour des besoins urgents, en lien avec la santé ou lorsque des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement des cotisations pour couvrir le montant de celles-ci, dans les conditions prévues à l'article 4 du présent règlement.

Les aides exceptionnelles non remboursables ne peuvent être accordées qu'aux seuls membres participants et à leurs ayants droit. Les aides exceptionnelles non remboursables comprennent notamment la participation éventuelle de la mutuelle aux frais restant à charge de ses membres, en matière de prestations et d'hospitalisations.

➤ **Aides Exceptionnelles Remboursables (AER)**

⇒ L'attribution des aides exceptionnelles remboursables est destinée exclusivement aux membres participants et à leurs ayants droit régulièrement inscrits à la mutuelle.

⇒ Les aides exceptionnelles remboursables sont consenties sans intérêt, avec un différé de remboursement d'un à trente-six mois. Le nombre de mensualités et la durée du différé, s'il y a lieu, sont déterminés en fonction de la situation du demandeur.

⇒ Les aides exceptionnelles remboursables sont accordées par la commission sociale et validées par le conseil d'administration.

⇒ Un contrat appelé « reconnaissance de dettes » comportant notamment les clauses faisant l'objet du présent article est signé, pour chaque aide exceptionnelle remboursable, par l'emprunteur d'une part, et par le Président du conseil d'administration de la mutuelle d'autre part ou toute autre personne déléguée à cet effet.

Le versement des aides remboursables fait préalablement l'objet d'une reconnaissance de dette signée par l'adhérent et devant parvenir à la mutuelle avant tout paiement de l'aide concernée.

La mutuelle se réserve le droit d'exiger le remboursement immédiat des sommes prêtées, sans formalités judiciaires ou extrajudiciaires, si l'emprunteur cesse d'appartenir à la mutuelle pour cause de démission, radiation ou exclusion.

Les opérations financières relatives au service des aides exceptionnelles remboursables font l'objet d'une comptabilité spéciale tenue par le siège social.

Le Président du conseil d'administration peut, sur avis du bureau, donner délégation de signature pour une période déterminée en ce qui concerne la conclusion de contrats individuels d'aide exceptionnelle remboursable.

Article 16 : Octroi d'aides exceptionnelles en complément de celles versées par le CGOS, CNRACL ou autres

Pour toute aide accordée par le CGOS, la CNRACL ou autres organismes sociaux, pour des dépenses de santé, la commission sociale pourra attribuer, après étude du dossier, une aide complémentaire, d'un montant au plus égal à celui de l'aide attribuée par l'un quelconque de ces organismes, et, en cas de pluralité d'attribution par plusieurs organismes, au plus égal au montant le plus élevé attribué par l'un quelconque d'entre eux, et ce dans la limite des frais réels.

Dans ce cas uniquement, seul le justificatif de l'accord du CGOS et la facture acquittée seront demandés. La constitution du dossier mentionnée à l'article 14, n'étant dans ce cas, pas obligatoire.

Article 17 : Aide lors d'une naissance

Les enfants nouveau-nés d'un membre participant ou adoptés par lui deviennent ayants droit dès leur naissance ou leur entrée au sein de leur foyer à condition que leur inscription soit effectuée par leurs parents. Dans ce cas, l'enfant bénéficie de huit mois de gratuité de cotisation. L'adhésion de l'enfant ne pourra en aucun cas être inférieure à 12 mois consécutifs.

Article 18 : Aide au mariage ou au PACS

Le conjoint d'un membre participant venant de se marier ou ayant conclu un PACS devient ayant droit à condition que son inscription soit effectuée par le conjoint membre participant. Dans ce cas, le conjoint ayant-droit peut bénéficier, sur demande auprès de la commission sociale, de trois mois de gratuité.

Les mois de gratuité consentis pour un mariage ou un pacs ne sont pas cumulables pour un même couple.

Le versement des aides Nuptialité/PACS et Naissance/Adoption est subordonné à l'adhésion et/ou à l'adjonction des personnes bénéficiaires, et aux conditions énoncées à l'article 17.

Article 19 : Participation aux frais d'obsèques

Lorsqu'un membre participant décède, la commission sociale peut attribuer, à la demande de la famille, une aide pour participation aux frais d'obsèques. Son montant est laissé à l'appréciation de la Commission, dans la limite maximale de 500 €, et ne peut par ailleurs excéder le montant des frais réels.

Une facture acquittée nominative sera demandée comme justificatif.

La participation aux frais d'obsèques sera réglée à la personne ayant acquittée ladite facture.

Chapitre IV - Prestations d'allocations journalières

Article 20 : Allocations journalières

Cette prestation est attribuée exclusivement aux membres participants relevant de la catégorie « Hospitaliers », c'est-à-dire relevant du statut de la Fonction Publique Hospitalière, stagiaires, titulaires ou contractuels, justifiant de droits ouverts au CGOS, à condition qu'ils aient adhéré à la mutuelle avant l'âge de leurs cinquante-cinq ans, et que le début de la maladie ne soit pas antérieur à leur date d'adhésion.

Pour toute aide accordée par le CGOS, ou par la CNRACL ou tout autre organisme social, pour des dépenses de santé, la commission sociale pourra attribuer, après étude du dossier, une aide complémentaire, d'un montant au plus égal à celui de l'aide attribuée par l'un quelconque de ces organismes, et, en cas de pluralité d'attribution par plusieurs organismes, au plus égal au montant le plus élevé attribué par l'un quelconque d'entre eux, et ce dans la limite des frais réels.

L'intervention de la mutuelle a lieu après et en relais de celle du CGOS et à même hauteur, interviendra seulement après que les documents suivants seront en sa possession :

- Photocopie de tous les arrêts maladie,
- Photocopie de tous les décomptes reçus du CGOS ou de tout autre organisme qui a attribué une aide (CNRACL ou autre),
- Photocopie de tous les bulletins de salaire,
- Courrier demandant le maintien de votre salaire

20.1 Personnel titulaire et stagiaire

Les modalités de participation de la mutuelle sont différentes selon la nature et la durée de l'arrêt :

En Maladie Ordinaire

L'agent bénéficie de trois mois de plein traitement, puis de neuf mois de demi-traitement par l'employeur. Les cinq premiers mois de demi-traitement sont complétés par le C.G.O.S, les quatre derniers mois sont complétés par la mutuelle

En Congé Longue Maladie

L'agent bénéficie de 12 mois (1 an) de plein traitement, puis de 24 mois (2 ans) de demi-traitement par l'employeur. Les cinq premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement sont complétés par le C.G.O.S, les sept derniers mois de la première année et les deux derniers mois la deuxième année sont complétés par la mutuelle.

En Congé Longue Durée

L'agent bénéficie de 36 mois (3 ans) de plein traitement, puis de 24 mois (2 ans) de demi-traitement par l'employeur. Les cinq premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement sont complétés par le C.G.O.S, les sept derniers mois de la première année et les deux derniers mois la deuxième année sont complétés par la mutuelle.

20.2 Personnel contractuel

Les modalités de participation de la mutuelle sont différentes selon la nature et la durée de l'arrêt :

En maladie ordinaire

L'agent bénéficie de 1 mois à 3 mois de plein traitement, puis de 1 mois à 3 mois de demi-traitement par l'employeur suivant l'ancienneté de l'agent, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale.

Suivant l'ancienneté du personnel, les mois de demi-traitement sont complétés par le C.G.O.S de 1 à 3 mois, les quatre derniers mois sont complétés par la mutuelle.

En grave maladie

L'agent bénéficie de 12 mois (1 an) de plein traitement, puis de 24 mois (2 ans) de demi-traitement par l'employeur après trois ans de services, déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale.

Les trois premiers mois de chacune des deux années de demi-traitement sont complétés par le C.G.O.S, les sept derniers mois de la première année et les deux derniers mois la deuxième année sont complétés par la mutuelle.

Le versement des allocations journalières fait préalablement, l'objet d'une reconnaissance de dette signée par l'adhérent et devant parvenir à la mutuelle avant tout paiement de l'aide concernée.

Chapitre V - Autres services proposés aux adhérents

Article 21

Le service d'Assistance Vie Quotidienne est géré par la Commission Sociale de la mutuelle, en relais contractuel avec le réseau national ADMR exclusivement, sur demande de l'adhérent, justifiant d'une hospitalisation prévue ou imprévue, et dont les suites nécessitent, à son retour, une aide à domicile.

Ce service d'assistance à domicile est destiné à aider les membres participants, leurs ayants droit et les personnes vivant sous leur toit (conjoint de droit ou de fait, enfants à charge, ascendants) à retrouver un rythme normal de vie lorsqu'une maladie, un accident ou un décès survient.

Sur justificatif de la situation invalidante, comprenant la prescription médicale et l'arrêt de travail signés du médecin, la mutuelle prendra en charge jusqu'à 10 heures d'aide à domicile.

Toute demande de reconduction de ce forfait, sur présentation de la prescription médicale renouvelée pendant le temps de l'arrêt de travail initial ou prolongé sera soumise à l'accord préalable de la commission sociale mutuelle.

Chapitre VI - Période de carence lors de l'adhésion à la mutuelle

Article 22

Le droit aux prestations prend effet le premier jour du mois qui suit le paiement du droit d'entrée, pour les risques de toute nature faisant l'objet des articles 6 à 13 du présent règlement, à l'exclusion :

- ⇒ Des « allocations journalières »,
- ⇒ Des primes Nuptialité/PACS,

- ⇒ Des primes Naissance/Adoption,
- ⇒ Des aides remboursables ou non remboursables,
- ⇒ De l'assistance Vie Quotidienne Forfait 10H

Pour lesquelles un stage de dix mois est requis.

Chapitre VII - Démission - Radiation - Exclusion

Article 23

Les règles concernant la démission et l'exclusion sont précisées aux articles 8,9 et 10 des Statuts mutuelle.

Concernant la radiation, l'article 9 des Statuts renvoie à l'article L.221-7 du code de la mutualité repris ci-après :

« A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier la garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de la garantie.

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

Article 24

Les membres participants quittant la mutuelle pour quelque cause que ce soit sont informés qu'ils doivent remettre leur carte vitale et celles de leurs ayants droit à jour afin d'enregistrer la fin de leurs droits mutualistes. Les membres participants s'engagent en outre à restituer à la mutuelle et en tout état de cause à ne pas utiliser indûment, la carte mutualiste qui leur a été fournie.

Toute utilisation abusive de la carte personnelle et familiale mutualiste délivrée chaque année par la mutuelle, obligera la mutuelle à demander le remboursement des prestations payées indûment pour le compte de l'adhérent, et par tous les moyens prévus par la loi.

Chapitre VIII - Dispositions particulières

Article 25

La mutuelle 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 qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle 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.

Pour l'application du présent article, tout accident survenant à un membre participant de la mutuelle ou à l'un de ses ayants droit, doit être signalé sans délai au siège social.

Article 26

Les prestations, les taux et les montants des cotisations prévus dans le présent règlement intérieur sont adaptés de manière à assurer l'économie des systèmes prestations/cotisations.

Chapitre IX - Organisation de la vie mutualiste

Article 27 : Organisation de la mutuelle en sections de vote

La mutuelle est organisée en sections, savoir :

- La section CHUGA « Adhérents du CHU Grenoble-Alpes »,
- La section AUTRES « Adhérents hors CHU Grenoble-Alpes », laquelle recouvre les adhérents :
 - Des établissements hospitaliers autres que le CHU Grenoble-Alpes, ainsi que tous les agents retraités de la fonction publique,
 - De la catégorie « Adhérents extérieurs »,
 - De la catégorie « Adhésion tardive ».

Les adhérents de chaque section élisent chaque année en leur sein des délégués de section, qui les représentent à l'Assemblée générale et sont appelés à se prononcer sur les résolutions soumises à l'approbation de ladite Assemblée.

Article 28 : Modalités d'élection des délégués à l'Assemblée générale

Les membres participants sont invités à prendre part active à la vie mutualiste de la mutuelle.

Les délégués représentent les adhérents lors des assemblées générales. Ils y débattent de la vie de la mutuelle, se prononcent sur les comptes annuels, sur la stratégie et les orientations politiques, le développement ainsi que sur les modalités de fonctionnement. Les délégués sont le relais entre les adhérents et le conseil d'administration. Ils sont aidés dans l'exercice de leur mandat par une information régulière et des formations spécifiques.

Les modalités d'élection, telles que définies par les Statuts de la mutuelle en vigueur, au Titre II - Administration de la mutuelle - Chapitre I : Assemblée Générale - Section I : Composition, élections, article 14, sont précisées dans une procédure électorale disponible sur demande auprès des services de la mutuelle ou consultable sur son site Internet.

Article 29 : Modalités de candidature aux fonctions d'Administrateur de la mutuelle

La mutuelle est administrée par un Conseil d'administration, dont les membres sont élus par l'Assemblée générale parmi les délégués ayant fait acte de candidature à la fonction, conformément aux dispositions de l'article 28 des Statuts.

Les administrateurs sont élus pour une durée de trois ans, et leur mandat prend effet à l'issue de l'Assemblée générale au cours de laquelle ils ont été élus, et s'achève à l'issue de l'Assemblée qui sera convoquée à effet de statuer sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre de la deuxième année suivant celle de leur élection.

Article 30 : Présentation des candidatures

Les déclarations de candidature aux fonctions d'administrateur sont subordonnées au dépôt préalable d'un dossier comportant :

- Une lettre de motivation,
- Un formulaire de candidature, disponible sur demande au secrétariat de la mutuelle, ou sur le site internet,
- Un extrait de casier judiciaire (Bulletin n° 3)

Le dossier de candidature doit parvenir à la mutuelle, à l'attention du Président avant le 15 janvier de l'année de l'Assemblée générale annuelle convoquée à effet de statuer sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre de l'exercice précédent.

Préalablement à toute candidature, le délégué doit prendre connaissance des statuts de la mutuelle, de son règlement intérieur et du règlement intérieur du Conseil d'administration, et s'engager à agir en toute circonstance dans l'intérêt de la mutuelle.

Article 31 : Conditions d'éligibilité

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent être adhérent de la mutuelle, à jour de leur cotisation, être âgés de dix-huit ans révolus et de 67 ans au plus, et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité, ou de toute autre condamnation qui les exposerait à la déchéance de leurs droits.

Un délégué qui aurait été précédemment Administrateur et aurait démissionné de son mandat pendant la durée de celui-ci ne peut faire à nouveau acte de candidature avant un délai de 3 ans à compter de la date d'effet de sa démission.

Ne peut plus faire acte de candidature un délégué qui aurait été précédemment Administrateur, et qui aurait été déclaré démissionnaire d'office de son mandat, ou qui aurait été révoqué par le Conseil d'administration.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations

Article 32 : Cooptation d'administrateur(s) par le Conseil d'administration

A titre exceptionnel, des administrateurs peuvent être cooptés par le Conseil d'administration, seulement dans l'éventualité où le nombre d'administrateurs pourrait être, ou devenir, inférieur au seuil défini à l'article 27-1 ci-dessus.

En cas de substitution de la mutuelle, la cooptation est expressément soumise à la condition suspensive dont dispose l'article 39.1 des Statuts de la mutuelle.

Seuls les délégués pourront être cooptés, et leur cooptation devra être ratifiée par la plus prochaine Assemblée générale.

Les délégués candidats à une éventuelle cooptation devront préalablement déposer un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'article 30 ci-dessus.

Eu égard à l'organisation de la mutuelle en sections, le Conseil d'administration s'efforcera dans la mesure du possible de procéder aux éventuelles cooptations de sorte que celles-ci permettent à la composition du Conseil d'être représentative du nombre de délégués par section.