

Règlement Mutualiste de la Mutuelle du Nickel

Sommaire

Titre I : Organisation et objet du Règlement Mutualiste

Titre II : Prise d'effet, durée et résiliation du contrat d'adhésion

Titre III : Adhésion des membres participants

Titre IV : Termes de la garantie

Titre V : Prestations

Titre VI : Cotisations

Titre VII : Information des membres participants

Titre I : Organisation et objet du Règlement Mutualiste

Article 1 : Organisation et objet du Règlement Mutualiste

Le présent Règlement Mutualiste complète les statuts et définit les règles suivant lesquelles la Mutuelle garantit aux personnes participantes et à leurs ayants droit couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire ou un contrat d'adhésion volontaire pour les retraités, le remboursement des frais médicaux engagés en cas de maladie. Il précise les prestations et les cotisations définies respectivement au titre V et VI du présent règlement.

Titre II : Prise d'effet, durée et résiliation du contrat d'adhésion

Article 2 : Prise d'effet et durée du contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion prend effet à la date indiquée aux conditions particulières du contrat collectif ou à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Il est souscrit pour une durée indéterminée et se renouvelle annuellement sauf dénonciation signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 3 mois avant l'échéance principale du 31 décembre.

Article 3 : Résiliation du contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion peut être résilié :

- à la demande du souscripteur à chaque échéance annuelle et dans les conditions prévues à l'article 2 ci-dessus.
- à la demande de la Mutuelle en cas de défaut de paiement des cotisations et dans les conditions prévues à l'article 18 ci-après.

Article 4 : Révision du contrat d'adhésion

Les dispositions du présent règlement sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Cafat, notamment des bases et taux de remboursement de cet organisme, en vigueur à la date d'effet du contrat d'adhésion. En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, la Mutuelle conserve la possibilité de proposer un aménagement des garanties et/ou des cotisations à compter du premier jour du mois suivant la date d'effet de ce changement.

Titre III : Adhésion des membres participants

Article 5 : Membres participants

Pour l'application du présent règlement, il faut entendre par membre participant : l'ensemble du personnel salarié du souscripteur ou l'ensemble d'une ou de plusieurs catégories de personnels de celui-ci définies aux conditions particulières du contrat collectif et, les salariés retraités de ces entreprises.

Article 6 : Modalités d'adhésion

Adhèrent en qualité de membres participants, les salariés appartenant au personnel ou à la catégorie de personnel du souscripteur au profit duquel est souscrit le contrat collectif obligatoire, les retraités volontaires :

- à la date d'effet du contrat collectif obligatoire, lorsqu'ils sont présents à cette date,
- à la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat collectif obligatoire.
- à la date d'effet mentionné sur le bulletin d'adhésion pour les retraités (correspondant en principe la date de mise à la retraite)

Au bulletin d'adhésion rempli et signé, sont joints une photocopie de la carte d'affiliation aux régimes obligatoires du membre participant et de chacun de ses ayants droit, un relevé d'identité bancaire ou postal.

Article 7 : Bénéficiaires

On entend par bénéficiaires :

- Les membres participants,
- Leur conjoint (marié ou pacsé) ou concubin au sens de la Cafat,
- Les enfants célibataires de moins de 18 ans ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent leurs études en Nouvelle Calédonie, à charge.
- Quelque soit leur âge, les enfants atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable.
- Les ascendants « à charge » fiscalement vivant sous le même toit du membre participant et sur présentation des pièces justificatives

Article 8 : Droit d'entrée

Sauf autres dispositions prévues aux conditions particulières, un droit d'entrée de 1000 XPF par bénéficiaire est perçu à l'adhésion de chaque membre participant et ayants droit. Ces droits d'entrée sont à la charge du souscripteur et réglés sur présentation d'un état des nouvelles adhésions enregistrées chaque mois par la mutuelle pour les entreprises.

Article 9 : Adhésion tardive et interruption de contrat

Les anciens salariés et leurs ayants droit qui demandent leur adhésion en dehors des délais prévus pour le maintien de la couverture définis à l'article 10-1 et 10-2 du présent règlement devront s'acquitter à nouveau d'un droit d'entrée de 1000 XPF par bénéficiaire, en plus de régulariser les cotisations dues, pour pouvoir prétendre de nouveau aux prestations de la Mutuelle. Au-delà d'un an d'interruption de contrat, tout ancien membre participants et ses ayants droit devront s'acquitter d'un droit d'entrée forfaitaire de 100.000 francs et se verront appliquer un délai de carence de trois mois avant de pouvoir prétendre de nouveau aux prestations de la Mutuelle.

Titre IV : Termes de la garantie

Article 10 : Conditions de maintien de la couverture

10-1 : Anciens salariés

Tout salarié cesse d'être couvert dès le jour où il n'appartient plus au personnel ou à la catégorie de personnel au profit duquel est souscrit le contrat collectif obligatoire. Toutefois les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ont la possibilité d'adhérer, aux conditions en vigueur, à la même garantie proposée par la Mutuelle sans condition de délai probatoire ni droit d'entrée, s'ils en font la demande au plus tard dans les trois mois suivant la date de rupture de leur contrat de travail.

10-2 : Ayants droit d'un salarié décédé

En cas de décès du membre participant, ses ayants droit ont la possibilité d'adhérer, aux conditions en vigueur, à la même garantie proposée par la Mutuelle sans condition de délai probatoire ni droit d'entrée s'ils en font la demande dans les trois mois, au plus tard, suivant la date de décès.

10-3 : Résiliation du contrat collectif obligatoire

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les membres participants et tous leurs ayants droit.

Titre V : Prestations

Article 11 : Prestations garanties

Sous réserve d'une éventuelle période probatoire, les prestations sont servies dès la date d'effet de l'adhésion à condition que la date des soins ou 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 dont la date d'entrée se situe avant la date d'effet de l'adhésion.

Les prestations garanties sont servies conformément à celles définies dans le tableau des prestations en annexe 1 du présent règlement. 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 régime complémentaire.

a) Dépenses ouvrant droit aux prestations :

Les actes médicaux et prescriptions médicales ou chirurgicales du petit et moyen risque remboursés par la Cafat :

- Hospitalisation médicale

- Hospitalisation chirurgicale

- Médecine : Consultations, visites et soins dispensés par des médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et auxiliaires médicaux, radiographie, analyses et frais de laboratoires, pharmacie.

Tous les actes expressément mentionnés dans le tableau des prestations de la mutuelle annexés au présent règlement.

b) Exclusions

Ne peuvent donner lieu à prise en charge par la mutuelle les dépenses suivantes :

- Les actes non pris en charge par la Cafat ou hors nomenclature, sauf ceux expressément mentionnés dans le descriptif détaillé des prestations de la mutuelle.
- D'une façon générale, la mutuelle ne prend pas en charge les soins consécutifs à des blessures reçues au cours d'une rixe ou d'une émeute, de faits de guerre, des mutilations volontaires, des accidents scolaires, sportifs ou de la route, des blessures ou maladie indemnisées en vertu de la législation Cafat sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Article 11 bis – Accès aux réalisations sanitaires et sociales

Tous les bénéficiaires de la Mutuelle du Nickel ont également accès aux œuvres sociales de la mutuelle dont les règlements intérieurs sont annexés au présent règlement mutualiste.

Article 12 - Base de remboursement des prestations

La Mutuelle garantit le versement, en complément des remboursements du régime obligatoire Cafat, des prestations définies au tableau des prestations.

Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieurs à l'adhésion ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date d'effet de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle.

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Cafat à la date des soins.

Les pourcentages indiqués au tableau des prestations sont exprimés par rapport aux tarifs de la Cafat et s'entendent hors prestations de cet organisme.

Article 13 - Règlement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue sur la base des feuilles maladie transmises à la Mutuelle. A défaut les prestations dues par la Mutuelle sont réglées sur présentation de l'original du décompte du régime obligatoire et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.

Pour l'optique, les prothèses dentaires et auditives, les prestations sont versées au vu de la facture détaillée et acquittée.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins. Pour être recevable toute réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées doit être présentée dans un délai de trois mois à compter du paiement ou du refus de paiement des dites prestations.

Article 14 : Cas particulier des ayants-droit en double affiliation

Lorsqu'un conjoint ayant-droit est affilié à une autre mutuelle obligatoire par son entreprise, il peut choisir à sa demande : soit bénéficier de la Mutuelle du Nickel en caisse complémentaire secondaire, soit d'être dispensé d'adhérer en fournissant les justificatifs de son affiliation.

Article 15 : Subrogation

Le bénéfice des prestations donne à la Mutuelle, dans la limite des dépenses qu'elle a exposées, subrogation en vue d'engager tout recours à l'encontre de tout tiers responsable.

Titre VI : Cotisations

Article 16 : Cotisations

La cotisation est fixée au contrat d'adhésion. Sauf disposition exceptionnelle prise par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, elle est révisable à chaque échéance annuelle, en fonction et dans la limite de la variation en pourcentage sur les douze derniers mois de l'indice des prix de la Santé publié en septembre N-1 par l'Institut de la Statistique et des Etudes Economiques de Nouvelle Calédonie.

Article 17 : Conditions de paiement

Le souscripteur s'engage à verser, à terme échu et avant le 10 du mois suivant, les cotisations mensuelles relatives à ses employés dues à la Mutuelle au titre du contrat collectif obligatoire. La cotisation des retraités volontaires est payable d'avance par prélèvement, chèque ou espèces à l'année, ou bien, obligatoirement par prélèvements bancaires automatiques au mois.

Article 18 : Défaut de paiement

A défaut de paiement des cotisations dans les délais prévus et après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé réception, non suivi d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer le souscripteur des cotisations dues jusqu'à ce jour.

Article 19 : États à fournir

Le souscripteur doit adresser à la Mutuelle les pièces suivantes:

A la souscription : un état nominatif de l'ensemble des salariés accompagné, pour chaque intéressé, d'un bulletin d'adhésion dûment complété, d'un relevé d'identité bancaire ou postal et d'une photocopie de la carte d'assuré social des personnes à assurer.

En cours d'année : le ou les états rectificatifs précisant les entrées sorties des personnes participantes ainsi que les modifications éventuelles de leur situation de famille.

A chaque renouvellement du contrat collectif obligatoire : un état récapitulatif des personnes assurées.

Article 20 : Caution sur contrat collectif obligatoire

Une caution représentant un mois de cotisations patronale et salariale est versée par le souscripteur à la date d'effet du contrat. Elle est restituée au terme du contrat en cas de résiliation par le souscripteur telle que défini aux articles 2 et 3 du présent règlement mutualiste. En cas de défaut de paiement la caution peut être conservée par la mutuelle

Article 21 : Maîtrise de l'évolution des cotisations

Chaque année et à concurrence du montant total du risque calculé par un actuaire agréé, la mutuelle constitue une provision pour risques croissants à hauteur de 15% du produit des cotisations.

Titre VII : Information des membres participants

Article 22 : Information

Le souscripteur s'engage à remettre à ses employés garantis par le présent contrat collectif obligatoire, une notice d'information détaillée fournie par la Mutuelle, qui définit notamment les garanties prévues par le contrat collectif obligatoire et les modalités d'application.

Le souscripteur doit également informer préalablement et par écrit ses employés de toute modification des garanties.