



**REGLEMENT MUTUALISTE
COMPLEMENTAIRE SANTE
DE LA MUTUELLE DU NICKEL
ET DIVERS**





REGLEMENT MUTUALISTE COMPLEMENTAIRE SANTE de la Mutuelle du Nickel et divers

Modifié le 17 juin 2011, le 2 décembre 2022 et le 28 mars 2025

Mutuelle relevant de la loi du pays n°2013-4 du 7 juin 2013
portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie

SOMMAIRE

TITRE I

ORGANISATION ET OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

TITRE II

PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION

TITRE III

ADHESION 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 REGLEMENT 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 droits, 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, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION

Article 2 : Prise d'effet et durée d'un 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 d'un 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 d'un 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.

ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 5 : Membres participants

Pour l'application du présent règlement, il faut entendre par membre participant : l'employeur et 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 anciens salariés et retraités de ces entreprises dans les conditions définies à l'article 9.1.

Peuvent également être membres participants les cotisants volontaires dans les conditions déterminées à l'article 9.2

Article 6 : Modalités d'adhésion

L'adhésion des membres participants prend effet :

- 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 volontaires.

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, ou s'ils bénéficient d'un maintien d'affiliation selon les conditions déterminées à l'article LP28-2) de la loi du pays du 11 janvier 2002 et de sa délibération d'application,
- Quel que 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 ayants droits d'un parent décédé membre participant dans les conditions définies à l'article LP 28- 3), 4) et 5) de la loi du pays du 11 janvier 2002 et de sa délibération d'application,
- 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 par bénéficiaire, fixé par les instances de la Mutuelle 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 : Anciens salariés et retraités d'entreprises cotisantes, cotisants volontaires et surcomplémentaires

Article 9.1 Anciens salariés et retraités d'entreprises cotisantes - 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 par bénéficiaire tel que fixé par les instances de la Mutuelle, en plus de régulariser les cotisations dues, pour pouvoir prétendre de nouveau aux prestations de la Mutuelle, à compter de la date de paiement des arriérés de cotisation.

Au-delà d'un an d'interruption de contrat, tout ancien membre participant 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, sauf à ce qu'ils choisissent le statut de volontaires 'spécifiques', auquel cas ils seront soumis aux conditions de celui-ci.

Article 9.2 Cotisants volontaires 'spécifiques'

La Mutuelle du Nickel peut créer des contrats spécifiques pour des cotisants volontaires ne répondant pas à la condition d'être anciens salariés ou retraités d'entreprises cotisantes.

Elle peut par ailleurs proposer des contrats spécifiques collectifs pour des situations particulières.

Article 9.3 Surcomplémentaire

La Mutuelle du Nickel peut créer des contrats surcomplémentaires venant en supplément d'une complémentaire santé.

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. Néanmoins, en cas de départ en cours de mois la cotisation étant due pour le mois entier, le bénéficiaire continue à être couvert jusqu'au terme du mois considéré.

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite, ont la possibilité d'adhérer ainsi que leurs ayants droits, aux conditions en vigueur, à une garantie proposée par la Mutuelle sans condition de délai de carence 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 et après régularisation des cotisations.

A titre temporaire, un ancien adhérent salarié couvert par le RUAMM, peut continuer à adhérer

dans la limite d'un an en tant qu'adhérent volontaire ainsi que ses ayants droits sans condition de délai probatoire ni droit d'entrée, s'il fait sa demande dans le mois qui suit sa fin de contrat.

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 une garantie proposée par la Mutuelle sans condition de délai de carence ni droit d'entrée s'ils en font la demande dans les trois mois, au plus tard, suivant la date de décès et après régularisation des cotisations.

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.

10-4 Modalités d'accès aux contrats optionnels des anciens salariés

Pour les cas d'adhésions tardives mentionnées à l'article 9.1 et pour les adhésions prévues au présent article, le conseil d'administration détermine par délibération, les conditions d'adhésions aux différents contrats existants.

10-5 Modalités d'accès aux contrats volontaires 'spécifique' mentionnés au point 9.2

L'assemblée générale décide de la création de contrats volontaires 'spécifiques'. Le conseil d'administration détermine par délibération, les conditions d'adhésions. Ces contrats peuvent prévoir un délai de carence à la souscription pour des prestations spécifiques définies aux contrats d'adhésions.

TITRE V

PRESTATIONS

Article 11 : Prestations garanties

Sous réserve d'un éventuel délai de carence, 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 remis aux adhérents. 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 à 100% en vertu de la législation Cafat (les accidents du travail et les maladies professionnelles, la longue maladie, la maternité, le gros risque...).

Article 11bis – Accès aux réalisations sanitaires et sociales

Tous les bénéficiaires de la Mutuelle du Nickel, à l'exception de ceux dont le contrat d'adhésion prévoit l'exclusion, 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.

En cas de départ en cours de mois la cotisation est due pour le mois entier en contrepartie de quoi le bénéficiaire continue à être couvert jusqu'au terme du mois considéré.

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.

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

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.

Article 15 : Subrogation

Le bénéficiaire 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.

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 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 et provision pour risques croissant

Au maximum tous les 10 ans la Mutuelle fera appel à un actuair pour estimer le montant d'une provision pour risque croissant laquelle a pour objet de combler les écarts générationnels liés à une cotisation unique. Chaque année et à concurrence du montant total du risque calculée par l'étude actuarielle, la mutuelle peut être amenée à doter cette provision si son activité le permet. En cas de déficit de l'activité complémentaire santé, la mutuelle se réserve néanmoins le droit de ne pas doter cette provision. Auquel cas elle s'oblige à revoir le montant des cotisations dans l'année qui suit, afin de permettre de doter à nouveau la provision.

La Mutuelle peut par ailleurs reprendre une partie de la provision lorsque le cout des prestations des cotisants volontaires est supérieur à celui des actifs ou en cas de déficit de l'activité de la complémentaire santé.

Le conseil d'administration, par délibération, détermine les règles de délimitations des dotations et de reprises conformément au présent article.


TITRE VII

INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 22 : Informations

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.



2 ter rue Berthelot – BP 776 – 98845 NOUMEA CEDEX – Tél (687) 26 60 40
Mutuelle relevant de la loi du pays n°2013-4 du 7 juin 2013
portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie