



La mutuelle a pour objet de constituer au profit des membres participants, un régime d'avantages sociaux et notamment la prévention de risques sociaux et la réparation de leurs conséquences.

OBLIGATIONS RECIPROQUES DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

1. Dispositions générales

1.1 Condition d'admission

Peuvent être admis comme membres participants de la M.P.L, outre les membres fondateurs,
Les patentés et libéraux de Nouvelle-Calédonie actifs,
Les patentés et libéraux retraités et résidents en Nouvelle-Calédonie,
Les personnes admises comme bénéficiaires par la CAFAT.

Sont assurables, suivant les options proposées dans le paragraphe « **1.4 Options et Prestations** », les personnes quelque soit leur âge ou âgées de 55 et 68 ans au plus au moment de la souscription.

1.2 Formation et effet du contrat d'adhésion

Le contrat est conclu dès sa signature pour une durée d'un an, il est renouvelable par tacite reconduction.

Il produit ses effets à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, au 1^{er} jour du mois.

Il est entendu qu'à l'inscription, la personne doit être capable de se déplacer au siège de nos bureaux, être dans la pleine capacité de ses moyens physique et psychique pour adhérer sans réserve à la mutuelle.

1.3 Sont exclus de la garantie

- LES ACTES DES PROFESSIONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX HORS DE LA NOMENCLATURE GENERALE,
- LES FRAIS : DE VOYAGE, D'HEBERGEMENT ET DE COMMUNICATION TELEPHONIQUE,
- LES CURES DE RAJEUNISSEMENT, D'AMAIGRISSEMENT OU DE SOMMEIL,
- LES CONSULTATIONS DE PSYCHANALYSE,
- LES TRAITEMENTS ESTHETIQUES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (SAUF CHIRURGIE REPARATRICE),
- LES SEJOURS EN SERVICE DE GERIATRIE NON HOSPITALIER,
- LES DOMMAGES INTENTIONNELLEMENT PROVOQUES PAR L'ADHERENT OU RESULTANT D'UNE PARTICIPATION A UNE RIXE SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE,

Sont exclus, les maladies ou accidents résultants, notamment :

- DE LA PARTICIPATION DE L'ADHERENT EN TANT QUE CONCURRENT A DES COMPETITIONS : RODEO, CHASSE SOUS MARINE, ETC...
- DE LA PRATIQUE PAR L'ADHERENT DES SPORTS REPUTES A HAUTS RISQUES OU ACTIVITES SPORTIVES EXTREMES QUI PAR LEURS NATURES, FONT COURIR NOTOIREMENT UN RISQUE D'ATTEINTE CORPORELLE MAJEURE EN CAS D'ACCIDENT (EX : PARAPENTE, POLO A CHEVAL, SKI HORS PISTE), ETC...
- DES CAUSES SUIVANTES : IRESSE OU ETHYLISME CHRONIQUE DE L'ADHERENT, USAGE DE STUPEFIANTS, MUTILATION VOLONTAIRE, SUICIDE OU SA TENTATIVE.
- DE MALADIES, BLESSURES, INFIRMITES DE L'ADHERENT FAISANT DEJA L'OBJET D'UNE PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME TIERS.
- SONT EXCLUS EGALEMENT DE LA GARANTIE, LES ACCIDENTS UTILISANT TOUT ENGIN A MOTEUR, VEHICULES OU AUTRES, TERRESTRES, MARITIMES ET AERIENS.

1.4 Options et prestations

Sont proposées et désignées par une lettre, trois Options « **A** », « **F** » et « **T** » en Caisse Primaire, trois Options Complémentaires simples « **D** », « **S** » et « **V** » et deux Complémentaires + **Etranger** « **M** » et « **O** », donnant droit à différentes prestations détaillées en annexe.

Sont assurables, au moment de la souscription – en options « **A** » et « **F** » les personnes ne pouvant bénéficier d'une couverture obligatoire en caisse primaire et âgées de **55 ans au plus** – en options « **M** » et « **O** » les personnes âgées de **68 ans au plus** – en options « **D** », « **V** » et « **T** » les personnes quelque soit leur âge – en option « **S** » **les étudiants uniquement âgés entre 21 et 27 ans**. L'option choisie à la signature est celle indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Possibilité de souscrire une **Indemnité Journalière Hospitalisation (IJH)** et une **Indemnité Obsèques**, en complément de chacune des options.

(Cf. **Annexe I-I.J.H.** et **Annexe II-Indemnité Obsèques**.)

Les frais sur le Territoire sont pris en charge sur la base du barème conventionné de la CAFAT, les frais en France et dans les Dom Tom sont pris en charge sur la base du barème Sécurité Sociale.

Les frais à l'étranger sont pris en charge sur la base des frais réels (suivant option).

1.5 Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les adhérents, les conjoints ou concubins, les enfants ou ascendants dès lors qu'ils sont inscrits en tant qu'adhérents et qu'ils sont à jour de leur cotisation.

En cas d'adhésion collective, les bénéficiaires sont les personnes admises comme assurées ou bénéficiaires par la CAFAT, déclarées par leur entreprise et ayant remplis un bulletin d'adhésion.

1.6 Fonctionnement

D'une façon générale, la mutuelle garantit le remboursement des frais de santé en caisse primaire ou en complément de la caisse primaire d'assurance maladie, selon les barèmes de chaque option sur la base du barème conventionné.

Toutefois, la Mutuelle intervenant en caisse primaire n'assure pas la prise en charge des Longues Maladies (LM prises en charge à 100% par la CAFAT) (Délibération n°145 Art 17).

Art 32 – modifié par délibérations n° 101/CP du 27.06.02 (art.8) JONC du 28.06.02, n° 179 du 29.03.06 (art.16) JONC du 07.04.06, délibération n° 226 du 13.12.06 (art.1^{er}) JONC du 26.12.06.
Les dispositions suivantes sont prises en application de l'article Lp 78 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

La liste des affections visées à l'article Lp 78 est établie comme suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques,
- bilharziose compliquée,
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques active du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- hypertension artérielle sévère ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;

- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- rhumatisme articulaire aigu ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Les critères médicaux utilisés pour la définition des affections prises en charge dans le cadre du risque longue maladie sont déterminés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou par convention entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé concernés.

Cf. arrêté n° 2007-127/GNC du 11.01.07 JONC du 16.01.07.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut jamais être supérieur au montant des frais à la charge effective de l'adhérent. Pour bénéficier des prestations, l'adhérent doit remettre à la MPL, sous peine de déchéance, au plus tard dans le délai de Deux Ans (personnes affiliées à la MPL en caisse complémentaire) ou Un An (personnes affiliées à la MPL en caisse primaire) qui suit la date de l'acte médical, le timbre dateur d'arrivée faisant foi, les ordonnances, l'original des notes d'honoraires ou de frais acquittés, datés et mentionnant les noms et prénoms de l'assuré qu'elles concernent, dûment remplies et signées. Les notes doivent indiquer clairement l'identification du prestataire, la nature et la date des visites ou soins donnés en distinguant le coût de chacun des actes pratiqués.

Les personnes ayant déposé leurs feuilles de soins préalablement à leur caisse primaire peuvent bénéficier des prestations complémentaires, l'adhérent doit alors remettre à la MPL, sous peine de déchéance, au plus tard dans les Douze Mois suivant sa réception, l'original du bordereau de règlement délivré par le régime obligatoire de prévoyance et la justification des frais réellement engagés (photocopies des feuilles de soins ou factures). Une convention a été signée au Saint Vincent's Clinic et St Vincent's Private Hospital à Sydney.

Bénéficiaires de cette convention (sous réserve de demande de rendez-vous à la M.P.L. avec obligatoirement une prescription médicale) :

Au St Vincent's Clinic comme au St Vincent's Private Hospital, les soins sont pris en charge par un système de prépaiement pour les assurés ayant une option prévoyant un remboursement à 100% des frais réels. (Consulter les conditions du contrat.)

Il vous incombe d'exiger des spécialistes, systématiquement le compte-rendu de leurs conclusions à communiquer au médecin traitant et au Contrôleur Médical de la Mutuelle.

Une convention a été signée avec l'Institut Mutualiste Montsouris ainsi qu'avec la Clinique Bizet à Paris vous donnant droit au tiers payant avec ces deux établissements.

1.7 Contrôle Médical

L'adhérent accepte le principe d'un contrôle médical, il doit répondre aux sollicitations et faciliter le contrôle médical de la MPL. Le médecin accrédité par la MPL pourra avoir libre accès auprès de l'adhérent afin de constater son état et se faire communiquer tout document utile. L'adhérent peut prendre conseil auprès des médecins accrédités par la mutuelle en cas de difficulté.

L'adhérent est déchu de tout droit à la garantie du sinistre en cas de non-respect de ces obligations :

- s'il fait sciemment de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de ce sinistre,
- s'il refuse de se soumettre au contrôle médical.

1.8 Cotisation

La cotisation est payable annuellement et d'avance, toutefois ce paiement peut avoir lieu semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. La cotisation est fixée en fonction de chaque option et selon les tranches d'âge, elle est individuelle et peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

En cas de défaut de paiement de la cotisation [ou d'une fraction de cotisation] au 1^{er} jour de son échéance, la mutuelle peut suspendre la garantie à cette même date. La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer les cotisations à leur échéance. À l'expiration d'un délai de deux mois après le défaut de paiement, la mutuelle peut résilier le contrat après notification qui vous est faite par lettre recommandée de mise en demeure.

En cas d'adhésion collective

La cotisation peut être payée mensuellement, toutefois elle doit être réglée avant le 1^{er} de chaque mois et d'avance.

Les parts de cotisation prises en charge par l'employeur et celles retenues pour le salarié sont déterminées dans un contrat d'adhésion entre l'employeur et la Mutuelle des Patentés et Libéraux.

Révision de votre cotisation

En cas de modification ou de changement des tarifs, la nouvelle cotisation qui en résulte est applicable au présent contrat à compter de la première échéance trimestrielle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Vous êtes avisés au moins un mois avant la date d'échéance par avenant, du montant de votre nouvelle cotisation.

Vous pouvez, à compter de la réception de l'avis de révision de la cotisation, résilier votre contrat dans un délai de quinze jours.

Changement d'option

En cours de contrat un changement d'option est possible, vous devez en faire la demande écrite auprès de la Mutuelle, Prise en charge immédiate à la prochaine échéance, soit au premier du mois suivant la demande.

1.9 Modalité de résiliation

L'adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance annuelle, ou trimestrielle moyennant préavis d'UN MOIS AU MOINS, par lettre recommandée. La mutuelle s'engage à verser les prestations pour tous les soins exécutés avant la date de résiliation.

La radiation interviendra en cas de décès de l'adhérent.

Aussi, un état de dépendance total aux soins avec impossibilité définitive d'assurer ses activités habituelles est un motif de résiliation du contrat.

S'il n'est pas seul assuré, le contrat continue de produire ses effets à l'égard des autres inscrits au contrat. Ceux-ci doivent alors exécuter les obligations dont le membre était tenu vis-à-vis de la mutuelle, ils peuvent toutefois résilier leur adhésion dans un délai de trois mois à compter du décès. La M.P.L. se réserve le droit de résilier tout contrat en cas d'aggravation de risque (sauf en accord sur l'application d'une majoration de la cotisation).

1.10 Radiation pour défaut de paiement ou fausse déclaration

Les membres de la M.P.L. sont automatiquement radiés de celle-ci en cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 3 mois.

La caisse est toutefois tenue de verser au bénéficiaire radié l'avantage qu'elle lui garantissait selon les modalités prévues par les dispositions applicables du règlement, dans la mesure où le fait générateur de cet avantage survient pendant la période couverte par la cotisation payée d'avance. Les membres de la M.P.L. sont automatiquement radiés de celle-ci en cas de déclarations inexactes faites sciemment par vous-même en tant que souscripteur ou par toute personne ayant la qualité d'assuré en vue d'obtenir le paiement de prestations indues.

1.11 Informations des adhérents

Chaque adhérent reçoit un exemplaire de son contrat contenant, le bulletin d'adhésion et les conditions générales et particulières du contrat qui lui sont applicables ; en cas d'adhésion collective, et à défaut du document susmentionné, il reçoit une note d'information explicative et détaillée ainsi que son bulletin d'adhésion.

1.12 Droit de renonciation

Chaque adhérent à titre individuel a la faculté de renoncer à la garantie souscrite auprès de la caisse par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception dans les quinze jours suivant le paiement de la première cotisation

Cette renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des cotisations versées dans les trente jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la caisse, à l'exception des frais d'inscription.

2. Dispositions particulières

2.1 Ouverture des droits

2.1.1 Mutuelle en première caisse

Le droit aux prestations intervient après un délai de TROIS MOIS (sauf option « T », prise en charge immédiate dès la date de signature) à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion (**sauf accident, droit aux prestations immédiat à compter de la date de signature**).

Pour l'enfant nouveau-né, le droit aux prestations est immédiat, à condition qu'il soit inscrit dans le mois suivant sa naissance et qu'un des parents soit inscrit depuis au moins TROIS MOIS.

2.1.2 Mutuelle caisse complémentaire

Le droit aux prestations dues à une maladie ou d'un accident intervient immédiatement à partir de la date de signature. Pour l'enfant nouveau-né, le droit aux prestations est immédiat, à condition qu'il soit inscrit dans le mois suivant sa naissance et qu'un des parents soit inscrit depuis au moins UN MOIS.

2.2 Droit d'inscription

Les droits d'entrée sont fixés à 2.000 cfp par adhésion.

2.3 Particularités relatives à certains actes

Particularités relatives aux frais de transport

La garantie des frais de transport est acquise dans la mesure où :

- les soins les ayant générés sont eux-mêmes garantis,
- qu'ils soient prescrits et justifiés par une incapacité médicale à se déplacer.

Le remboursement des frais de transport s'entend selon l'itinéraire le plus direct et le moyen le plus économique possible

- du lieu de l'accident à l'établissement médical le plus proche, équipé pour prodiguer les soins adaptés à l'état de santé de l'assuré,
- d'un établissement de soins ou cabinet médical à un autre établissement de soins le plus proche équipé pour prodiguer des soins adaptés,
- d'un aller ou retour de l'établissement de soins ou cabinet médical au domicile de l'assuré.

Particularité en matière de traitement de la stérilité

Les actes entrant dans le cadre du traitement de la stérilité ou d'une procréation médicalement assistée (fécondation ou insémination artificielle, greffe embryonnaire, sont toujours soumis à une entente préalable auprès de la caisse primaire) ne sont pris en charge que sur décision favorable de la MPL. L'âge étant limité à moins de 43 ans et le nombre de tentative plafonné à quatre (le « compteur » étant remis à zéro en cas d'accouchement).

Particularité en matière de cures thermales

Seuls sont remboursés les frais de traitement dans les établissements thermaux agréés et les honoraires de surveillance médicale. Ces frais sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

Particularités relatives aux frais d'infirmier, garde-malade à domicile

Ces frais ne sont remboursés que s'il s'agit d'un accident, d'une maladie grave et aiguë ou qui pourrait nécessiter un séjour en établissement hospitalier.

Ces frais sont soumis à la procédure d'entente préalable avant d'être engagés, sauf urgence mentionnée sur l'ordonnance. Ils sont remboursés à concurrence de la valeur attribuée à la lettre-clé AMI ou AIS « soins infirmiers à domicile », pour un patient en situation de dépendance temporaire.

Particularités relatives à l'opération de la « Myopie au laser » et de la « Cataracte »

Ces frais sont soumis à la procédure d'entente préalable avant d'être engagés sur présentation d'une ordonnance et, le remboursement calculé suivant l'option, est plafonné à 75 000f cfp par oeil s'agissant de la « Myopie au laser » et à 375 000 cfp par oeil s'agissant de la « Cataracte ».

2.4 Frais à l'étranger

2.4.1 Mutuelle (MPL) en caisse complémentaire

Les frais d'hospitalisation à l'étranger, lorsqu'ils sont inopinés et urgents et qu'ils surviennent au cours d'un séjour de moins de trois mois sont remboursés. Le dossier doit être déposé directement à la CAFAT.

Les frais relatifs à une maladie ou une chirurgie pouvant donner lieu à une prise en charge à 100% par la caisse primaire doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable auprès de la CAFAT dans le cadre éventuel d'une évacuation sanitaire.

Dans les options « M » et « O » de garanties à l'étranger, le remboursement des frais médicaux pourra être effectué suivant l'option choisie, lorsque le **séjour à l'étranger est inférieur à 6 mois** (sous réserve d'un dossier complété par les certificats médicaux). Vous devez nous fournir le dossier complet (factures acquittées ou avec reçus, ordonnances et formulaires adéquats). Une traduction peut être exigée.

2.4.2 Mutuelle (MPL) en caisse primaire

Le remboursement des frais médicaux sera effectué sous réserve d'un dossier complété par les certificats médicaux. Vous devez nous fournir le dossier complet (factures acquittées ou avec reçus, ordonnances et formulaires adéquats). Une traduction peut être exigée.

2.5 Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime de tout accident sauf exclus dans le contrat, dans son action contre le tiers responsable, jusqu'à concurrence des indemnités versées par lui dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable du sinistre, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'adhérent, s'opérer en faveur de la mutuelle, celle-ci est déchargée de sa garantie envers l'adhérent dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

2.6 Autres obligations

Dans le cadre des accords conclus entre la Mutuelle et la CAFAT, les adhérents de la mutuelle par laquelle transitent la plupart des feuilles de soins, afin de bénéficier des prestations réglées en totalité par la mutuelle pour la part primaire et la part complémentaire, sont soumis aux règles propres à la CAFAT.

Les originaux des feuilles de soins doivent nous parvenir remplies et signées, accompagnées des ordonnances et prescriptions médicales originales. Les vignettes sont obligatoires lorsque la prise de pharmacie n'a pas fait l'objet d'un tiers-payant.

2.7 Prescription

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toute dette est éteinte et toute action irrecevable après l'expiration de ce délai.

Nom

Prénom

Fait à, le / / .

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* ».