

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mutuelle de France Unie,
Mutuelle immatriculée à l'INSEE sous le n° 776 531 642,
soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

I – Règles de gestion

1-1 Règles de gestion communes

1 - Objet du règlement mutualiste

Conformément au cinquième alinéa de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

2 - Prise d'effet des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise - pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. Elle est prolongée par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Les ayants droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins notoires, et enfants jusqu'à 26 ans.

Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans.

3 - Les montants ou les taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire.

Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des garanties différentes. Les enfants souscrivent la même garantie que le parent auquel ils sont rattachés.

4 - Conditions et modalités de modification des cotisations

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (*antécédents médicaux, sexe,...*). Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (*pour les contrats indexés*).

En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires, ou du conseil d'administration en cas de délégation de pouvoir conformément à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité.

Les règles de calcul des cotisations (gratuité naissance, gratuité mariage, nombre enfants cotisants, tarification adulte/enfant) peuvent être différentes en fonction de la garantie et font l'objet d'un récapitulatif en partie III du présent règlement).

Les montants ou taux de cotisations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur qui leur est applicable (par exemple, en cas de modification du taux de la fiscalité). Dans ce cas, ces modifications sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent à l'organisme et aux membres participants.

5 - Les modalités de paiement des cotisations

Pour les garanties individuelles, le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé au plus tard dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (*mois, trimestre, semestre*) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance du contrat.

Ce fractionnement fera l'objet de frais.

Sauf cas de résiliation anticipée et dans les limites fixées à l'article 17 du présent règlement, le montant de la cotisation ne peut faire l'objet de proratisation au moment de l'adhésion ou de la résiliation.

Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

6 - Détermination des périodes d'ouverture des droits aux garanties

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, la durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité rappelées à l'article 8 du présent règlement.

En fonction des garanties, des délais de stages peuvent être appliqués.

Ceux-ci font l'objet d'un récapitulatif en partie II du présent règlement.

7 - Suspension ou remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger de plus de trois mois,
- service national,
- détention à caractère pénal,
- couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée.
- Chômage (suspension possible pendant 6 mois)

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit faire une demande écrite à la mutuelle dans les trente jours qui suivent la prise d'effet de la cause de suspension invoquée et présenter toute pièce justificative de cette situation. La suspension est subordonnée à l'accord exprès de la Mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

8 - Résiliation des garanties par la mutuelle

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

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 ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu 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 des garanties.

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

9 - Résiliation des garanties par le membre participant

Pour les contrats individuels et collectifs à adhésion facultative, le membre participant ne peut radier son adhésion à la mutuelle qu'à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours. Pour cela, il doit adresser sa demande, par lettre recommandée, deux mois avant l'échéance. Aucune radiation n'est acceptée en cours d'année.

Pour les adhésions contrats individuels, si l'avis d'échéance est adressé au membre participant moins de quinze jours avant le 31 octobre, dans ce cas il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour résilier son adhésion à la Mutuelle. Dans ce cas, le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste

10 - Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les cartes d'adhérent à la Mutuelle ne sont utilisables et n'ouvrent droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

En cas de résiliation, l'adhérent est tenu sans délai de renvoyer toutes ses cartes d'adhérent à la Mutuelle. Tout usage des cartes d'adhérent en période de suspension ou après radiation est interdit et donne lieu au remboursement par l'adhérent de toute dépense liée à cet usage.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf (PUMA) déclarée dans un délai de trois mois.

En cas de prestation versée en dehors de toute période durant laquelle le risque est couvert, le membre participant est tenu de rembourser sans délai le montant indument perçu à la Mutuelle. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant indument perçu par tout moyen mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire, y compris par le prélèvement des sommes indument perçues sur les prestations à venir.

11 - Prestations

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur,
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale,
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Pour les contrats responsables, lorsque les prestations sont exprimées en forfait, prises en charge par l'A.M.O. et visées par les obligations de prise en charge du ticket modérateur à minima (décret contrat responsable du 18 novembre 2014 et circulaire du 30 janvier 2015) ; la mutuelle s'engage à prendre en charge à minima dans tous les cas le ticket modérateur.

Les contrats sont soumis à la réglementation sur les contrats responsables visés à l'article L 871-1 et R-871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. En cas de modification de la législation applicable aux contrats responsables, la nouvelle législation serait applicable conformément à l'article 12 du présent règlement.

Les prestations relatives au remboursement des actes et prothèses dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent varier compte tenu de l'évolution de la CCAM dentaire. Le cas échéant, toute modification légale de la réglementation sera appliquée de plein droit au présent règlement. Les remboursements des actes et prothèses dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, s'ils sont prévus par la garantie, se feront soit par le biais de forfaits prenant en charge certains actes définis, soit par le biais d'une prise en charge de prothèses refusées calculée sur une base de remboursements propre à la Mutuelle dont le détail est disponible sur simple demande écrite à la Mutuelle.

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Le remboursement de prestations se fait sur la base de l'année glissante, c'est-à-dire dans les 12 mois de date à date, et non sur la base de l'année civile.

Selon les garanties une allocation obsèques est intégrée en garantie induite.

Cette prestation est assurée par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle de livre II soumise aux dispositions du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n° 337 682 660 et sise au 39 rue du Jourdil à CRAN GEVRIER.

Les modalités relatives au montant et aux éventuelles limites d'âge pour le bénéfice de la prestation sont indiquées dans la tableau de prestation de chaque garantie (partie II du présent règlement annexe 1).

12 - Conditions et modalités de modification des prestations

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Si, en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

Les montants des prestations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur qui leur est applicable. Dans ce cas, ces modifications sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent à l'organisme et aux membres participants.

13 - Conditions et modalités de déclaration à effectuer auprès de la mutuelle en cas de prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Si les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (*ticket de caisse ou facture acquittée*).

Le membre participant a l'obligation de déclarer à la Mutuelle tout soin antérieur de nature à remettre en cause la périodicité de prises en charge prévue dans le cadre du contrat responsable.

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit impérativement faire remplir une demande d'entente préalable conforme à la nouvelle CCAM dentaire par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte Sécurité Sociale.

14 - Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les personnes qui adhèrent en cours d'année, le droit au forfait journalier hospitalier est calculé au prorata de la durée d'adhésion sur l'année civile. Pour les contrats responsables, ce forfait journalier est pris en charge dans son intégralité sans limitation de durée, hors maison d'accueil spéciale (MAS), séjours de longue durée et EHPAD.

Les travaux de prothèses dentaires engagés avant la date d'adhésion à la Mutuelle ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution (ou de facturation) est postérieure à l'adhésion.

15 - Étendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

1) Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

Au retour, sous réserve de la présentation des factures détaillées et d'un décompte de la Sécurité Sociale (remboursement de soins suite à présentation du formulaire S3125), la Mutuelle procède au remboursement en appliquant les taux de remboursement prévus au contrat aux tarifs de convention figurant sur ledit décompte. Les dispositions de l'article 13 sur les prothèses dentaires et les hospitalisations s'appliquent également.

En cas de soins programmés, l'accord préalable est précédé impérativement d'un accord préalable de prise en charge du régime obligatoire.

2) Dans les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie- CEAM), si vous n'avez pas eu d'avance de frais à faire, ou que vous avez été remboursés sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour, la mutuelle n'interviendra pas.

16 - Informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de leurs ayants droits

Dans le cadre d'une naissance, d'une adoption, d'un mariage, d'un concubinage, de la signature d'un pacte civil de solidarité, d'un départ à la retraite ou d'un décès les changements de situation prendront effet au 1^{er} jour suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

17 - Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du mois durant lequel le décès a eu lieu est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Etant entendu que l'attribution de droits à la CMU-C s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

18 - Modification des garanties choisies

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

Le membre participant peut modifier sa couverture santé à la mutuelle par voie d'avenant, en adressant une demande écrite ou en se rendant en agence un mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier.

En cas d'ALD en cours d'année, d'admission en maison de retraite en cours d'année ou de difficulté de paiement, l'adhérent concerné pourra voir sa garantie modifiée en cours d'année à sa demande.

19 - Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants droit 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, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu 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 décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

20 - Prescription

Toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

21 - Loi applicable

Conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité,

I. Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L.225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- a) le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- b) l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

22 - Disposition de la loi informatique et liberté

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

DPO

39 rue du Jourdil

CS 59029-Cran Gevrier

74991 ANNECY Cedex 9

dpo@mutuelles-entis.fr.

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

22.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

22.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

22.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

22.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexacts le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement) .

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

23 - Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09

24 - Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle de France Unie
Service réclamation
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant réception de la réclamation.

25 - Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
Monsieur le médiateur
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

1-2 Règles de gestion spécifiques à la gamme internationaux

1 – OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément au cinquième alinéa de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

2 – CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Au moment de l'adhésion effective, l'adhérent doit être affilié à une assurance de base spécifique à ce statut.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance du règlement mutualiste.

La mutuelle est susceptible d'effectuer des contrôles et le cas échéant de récupérer les sommes indûment versées.

3 – PRISE D'EFFET ET POURSUITES DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise - pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. Elle est prolongée par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Les ayants droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins notoires, et enfants jusqu'à 26 ans-

Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans.

L'adhérent peut inscrire sous le même contrat le (la) conjoint(e), le partenaire pacsé, concubin et les enfants à charge **inscrit auprès de la même assurance de base de l'organisme international.**

4 – CHANGEMENT DE SITUATION OU DE STATUT DE L'ADHÉRENT

Durant l'adhésion, si l'adhérent quitte l'organisation internationale et perd son statut de fonctionnaire international.

Dans ce cas le membre participant est tenu d'en informer immédiatement la mutuelle et de fournir les justificatifs de ce changement.

Nous vous rappelons que la mutuelle peut à tout moment vous demander votre attestation d'admission à l'assurance de base.

5 – LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe, ...).

Le nombre d'enfants soumis à cotisation est de deux enfants par adhérent.

6 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (*antécédents médicaux, sexe,...*). Une remise forfaitaire peut être accordée afin d'encourager certaines modalités de paiement des cotisations.

Le barème des cotisations évolue en fonction de l'âge de l'adhérent principal, des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre au sein de la section, des éventuelles modifications des régimes obligatoires des pays (France – Suisse) sur lesquels nos tableaux des prestations s'appuient. En cas de changement des taux de convention dans un des pays de référence, le Conseil d'Administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires ou du conseil d'administration en cas de délégation de pouvoir conformément à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité.

Les montants ou taux de cotisations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur qui leur est applicable (par exemple, en cas de modification du taux de la fiscalité). Dans ce cas, ces modifications sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent à l'organisme et aux membres participants.

7 – LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédent l'échéance. Le fractionnement des règlements (*mois, trimestre, semestre*) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Ce fractionnement fera l'objet de frais.

Sauf cas de résiliation anticipée et dans les limites fixées à l'article 17 du présent règlement, le montant de la cotisation ne peut faire l'objet de proratisation au moment de l'adhésion ou de la résiliation.

Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

8 – DÉTERMINATION DES PÉRIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, la durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

9 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts et le présent règlement subordonnent l'admission. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité, en cas de non paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation 10 jours après son échéance, la mutuelle peut envoyer un courrier de mise en demeure en lettre recommandée précisant qu'à défaut de régularisation sous 30 jours, les garanties se trouvent suspendues.

La garantie pourra être suspendue 30 jours après la mise en demeure.

La mutuelle peut résilier le contrat 10 jours après ce premier délai de 30 jours.

10 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant ne peut radier son adhésion à la mutuelle qu'à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours. Pour cela, il doit adresser sa demande, par lettre recommandée, deux mois avant l'échéance. Aucune radiation n'est acceptée en cours d'année sauf dans les cas de force majeure mentionnés au présent règlement.

11 – CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

12 – PRESTATIONS

(annexe2 : tableau de prestations)

Le remboursement des prestations intervient en complément de l'assurance de base et sur présentation de l'avis de remboursement.

La mutuelle ne pratique pas le tiers payant pour les fonctionnaires internationaux.

Le taux de change appliqué pour le versement en euros des prestations est le taux de change officiel du 1^{er} jour du mois des soins (taux consultable sur le site finance.orange.fr)

13 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATIONS DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations sont modifiés en début d'année dans les conditions visées aux statuts de la Mutuelle. Si, en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge ou si le pays de référence modifie de manière importante les barèmes de référence, le Conseil d'Administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

14 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

L'adhérent doit transmettre leur avis de remboursement.

15 – DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

Il n'y a pas de délai de carence (ou de « stage ») pour la prise d'effet du droit aux prestations pour les nouveaux fonctionnaires internationaux souscrivant dans les 3 mois suivant leur embauche.

Pour les nouveaux adhérents individuels non couverts par une assurance équivalente dans les trois derniers mois :

- stage de trois mois pour tous les risques.

16 – INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANT DROIT

Dans un délai de trois mois, le membre participant est tenu d'informer la mutuelle de tout événement pouvant influencer la gestion administrative de son dossier (*changement d'adresse, de situation professionnelle, mariage, divorce, décès, naissance, adoption...*) et de fournir les justificatifs nécessaires. Toute personne couverte par l'assurance de base de l'organisme international sera couverte également en complémentaire par nos soins (justificatif assurance de base).

17 – CAS OUVRANT A LA RÉSILIATION ANTICIPÉE

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger, de changement de statut légal (perte du statut de fonctionnaire international), la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour du mois suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

18 – MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

19 – PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants droit 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, jusqu'à concurrence de la part de l'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 décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

20 – PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

21 – DISPOSITION DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

DPO

39 rue du Jourdil

CS 59029-Cran Gevrier

74991 ANNECY Cedex 9

dpo@mutuelles-entis.fr.

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

21.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,

- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

21.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

21.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

21.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement) .

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

22 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

23 – LOI APPLICABLE

Les parties conviennent qu'en cas de litige, quel que soit le pays de résidence de l'adhérent et quel que soit le pays dans lequel le risque se produit, elles se soumettront à la législation française.

24 - RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives au bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle de France Unie
Service réclamation
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant réception de la réclamation.

25 - MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie

Monsieur le médiateur

39 rue du Jourdil

CS 59029-Cran Gevrier

74991 ANNECY Cedex 9

mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

1-3 Règles de gestion spécifiques à la sur complémentaire soins sur Suisse

1 – OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément au cinquième alinéa de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

2 – CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Adhésion réservée aux seuls adhérents Mutuelle de France Unie Frontaliers en complémentaire.

La mutuelle ne prend pas en charge les soins en rapport avec une hospitalisation, un accident.

Il reconnaît également avoir pris connaissance du règlement mutualiste.

La mutuelle est susceptible d'effectuer des contrôles et le cas échéant de récupérer les sommes indument versées.

3 – PRISE D'EFFET ET POURSUITES DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise - pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. Elle est prolongée par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Sur demande expresse de l'adhérent, l'adhésion peut commencer en début de mois, avec date d'effet au jour de souscription de l'adhésion (*la cotisation doit couvrir le mois complet*).

Les ayants droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins notoires, et enfants jusqu'à 26 ans-

Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans

4 – CHANGEMENT DE SITUATION OU DE STATUT DE L'ADHÉRENT

Durant l'adhésion, s'il se produit un changement de statut légal le membre participant est tenu d'en informer immédiatement la mutuelle et de fournir les justificatifs de ce changement.

5 – LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire.

6 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (*antécédents médicaux, sexe,...*).

Le barème des cotisations évolue en fonction de l'âge de l'adhérent principal, des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuelles modifications des régimes obligatoires des pays (France – Suisse) sur lesquels nos tableaux des prestations s'appuient. En cas de changement des taux de convention dans un des pays de référence, le Conseil d'Administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires ou du conseil d'administration en cas de délégation de pouvoir conformément à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité.

Les montants ou taux de cotisations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur qui leur est applicable (par exemple, en cas de modification du taux de la fiscalité). Dans ce cas, ces modifications sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent à l'organisme et aux membres participants.

7 – LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion

Ce fractionnement fera l'objet de frais.

Sauf cas de résiliation anticipée et dans les limites fixées à l'article 17 du présent règlement, le montant de la cotisation ne peut faire l'objet de proratisation au moment de l'adhésion ou de la résiliation.

Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

8 – DÉTERMINATION DES PÉRIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

9 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts et le présent règlement subordonnent l'admission. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts et le présent règlement subordonnent l'admission. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du Code de la mutualité, en cas de non paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation 10 jours après son échéance, la mutuelle peut envoyer un courrier de mise en demeure en lettre recommandée précisant qu'à défaut de régularisation sous 30 jours, les garanties se trouvent suspendues.

La garantie pourra être suspendue 30 jours après la mise en demeure.

La mutuelle peut résilier le contrat 10 jours après ce premier délai de 30 jours.

Même dans ce cas de radiation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues. Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

Cette option étant un contrat surcomplémentaire rattaché à une option de base Omega de la MFU, en cas de résiliation ou de radiation de l'option de base, la surcomplémentaire sera automatiquement résiliée ou radiée.

10 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant ne peut radier son adhésion à la mutuelle qu'à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours. Pour cela, il doit adresser sa demande, par lettre recommandée, deux mois avant l'échéance. Aucune radiation n'est acceptée en cours d'année sauf changement de situation faisant perdre à l'adhérent son statut de frontalier.

11– CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf CMU déclarée dans un délai de trois mois.

12 – PRESTATIONS (annexe 2 : tableaux des prestations)

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- Crédit annuel de 3000 euros en soins courants ambulatoires (consultation généraliste, visite, consultation spécialiste, radiologie, laboratoire, échographie, kinésithérapeute, etc...)
- Crédit annuel de 1000-euros en pharmacie

Les hospitalisations sont exclues de toute prise en charge.

Le remboursement des prestations est subordonné au versement de la cotisation dans les délais exigés et ne peut excéder la dépense engagée.

Seules les actes reconnus par l'assurance maladie suisse (LaMal ou Tarmed) sont éligibles.

Les demandes de remboursement doivent faire l'objet d'une étude, au préalable à l'envoi des documents, par le Centre National de Soins à l'Etranger (CNSE) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

La notification de décision, accompagnée des copies des factures (les originaux sont conservés par la CPAM) et justificatifs de paiement, est à transmettre à la Mutuelle. En cas d'accord du CNSE, l'adhérent devra également joindre l'original du décompte de la Sécurité Sociale où apparaît le remboursement de ces soins ; la mutuelle remboursera alors le reste à charge, dans la limite du forfait accordé.

Le taux de change appliqué pour le versement en euros des prestations est le taux de change officiel du 1^{er} jour du mois des soins (taux consultable sur le site finance.orange.fr)

La limite du remboursement des prestations est fixée à 24 mois après la date des soins.

Le tarif de convention pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux.

La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

La mutuelle est autorisée à exercer un contrôle sur les prestations demandées, dès la conclusion d'un contrat frontalier.

13 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRÈS DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

L'adhérent doit transmettre les originaux de ses factures de soins originales à la mutuelle en inscrivant son état civil et son numéro d'adhérent accompagnés des justificatifs de paiement, la prescription médicale, l'entente préalable.

Il devra également joindre un justificatif de prise en charge ou de refus de la part de son régime obligatoire.

14 – DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

Toutefois, pour les nouveaux adhérents ainsi que les anciens adhérents de la MFI non couverts antérieurement pour les soins courants sur Suisse un délai de stage de trois mois sera appliqué.

15 – INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANTS DROIT

Dans un délai de trois mois, le membre participant est tenu d'informer la mutuelle de tout événement pouvant influencer la gestion administrative de son dossier (*changement d'adresse, de situation professionnelle, mariage, divorce, décès, naissance, adoption,...*) et de fournir les justificatifs nécessaires.

15 – CAS OUVRANT DROIT A RÉSILIATION ANTICIPÉE

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger, de changement de statut légal (perte du statut de frontalier tel que définit par l'article L-380-3-1 du Code de la sécurité sociale), d'adhésion à la CMU-C, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour du mois suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

16 – PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants droit 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, jusqu'à concurrence de la part de l'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 décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

17 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

18 – LOI APPLICABLE

Conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité,

I. Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L.225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. On entend par souscripteur, pour l'application du I ci dessus :

- a) le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle;
- b) l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

19 – DISPOSITION DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

DPO
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
dpo@mutuelles-entis.fr.

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

22.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,

- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

22.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

22.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

22.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),

- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement) .

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

20 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

21 - RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle de France Unie
Service réclamation
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant réception de la réclamation.

22 - MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
Monsieur le médiateur
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

1-4 Règles de gestion spécifiques à la sur complémentaire DELTA

1 – OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

1-1 Conformément au cinquième alinéa de l'article L 114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

1-2 La gamme DELTA est un régime surcomplémentaire, les options choisies interviennent en complément du remboursement du régime de Sécurité Sociale et d'une complémentaire santé. La garantie DELTA 300 n'est pas responsable.

2 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle – cotisation comprise – pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an. Elle est prolongée par décision tacite. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est le 31 décembre.

L'adhésion est réservée aux personnes adhérentes à un contrat frais de santé collectif à adhésion obligatoire et leurs ayants droit.

Les ayants droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins notoires, et enfants jusqu'à 26 ans.

Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans.

L'adhésion est possible pour les actifs et jusqu'à la fin de l'activité salariée.

L'adhésion à la gamme Delta n'est pas ouverte aux retraités et aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.

3 – LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire.

Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des options différentes, dans ce cas précis, chaque conjoint devra être titulaire de son propre contrat.

Les enfants souscrivent la même option que l'adhérent auquel ils sont rattachés.

Les montants des cotisations figurent en annexe 2.

Les cotisations sont définies également en fonction de zone géographique en fonction du lieu d'habitation.

Exception, pour les adhérents de la Mutuelle de France Unie bénéficiant d'un contrat complémentaire collectif, la cotisation sera déterminée en priorité dans la section d'appartenance dans sa mutuelle et ensuite en fonction du critère géographique.

Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésimes entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du bénéficiaire.

4 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale.

La cotisation ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe).

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés).

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Les montants ou taux de cotisations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur qui leur est applicable (par exemple, en cas de modification du taux de la fiscalité). Dans ce cas, ces modifications sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent à l'organisme et aux membres participants.

5 – LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Ce fractionnement fera l'objet de frais.

En cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviennent immédiatement exigibles.

À chaque rejet bancaire, des frais forfaitaires seront facturés.

6 – DÉTERMINATION DES PÉRIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

7 – SUSPENSION OU REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger de plus de trois mois
- détention à caractère pénal

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

8 – RÉSILIATION ET/OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Est radié de la garantie tout bénéficiaire de la CMU-C ou ACS.

Est radié de la garantie tout membre participant n'étant plus adhérent à un contrat complémentaire frais de santé collectif à adhésion obligatoire.

En cas de non paiement, la résiliation est précédée d'une mise en demeure envoyée 10 jours après l'échéance impayée. S'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de 30 jours, la garantie est alors suspendue. La résiliation peut être prononcée passé un nouveau délai de dix jours. Même dans ce cas de résiliation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf CMU déclarée dans un délai de trois mois.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

9 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant ne peut résilier son adhésion à la mutuelle qu'après 12 mois pleins d'adhésion à la mutuelle et qu'à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours. Pour cela, il doit adresser sa demande, par lettre recommandée, deux mois avant l'échéance. Aucune résiliation n'est acceptée en cours d'année sauf en cas de départ définitif à l'étranger dans les conditions de l'article 17 du présent chapitre.

10 – CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

11 – PRESTATIONS

Les garanties souscrites sont décrites dans la notice jointe au bulletin d'adhésion.

Elles viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire et la complémentaire santé de l'adhérent.

Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire.

1 - Maladie et hospitalisation

Dans le cadre du contrat responsable, pour les praticiens non signataires de la convention d'accès aux soins, la prise en charge du dépassement d'honoraire complémentaire et surcomplémentaire est limitée à 125 % du tarif opposable pour les années 2015 et 2016, et 100 % à compter du 1er janvier 2017.

2 - Forfait bien-être

Le forfait est versé en complément du remboursement du régime complémentaire dans la limite de la dépense.

3 - Dentaire

La première année le plafond est proratisé au nombre de mois présent dans l'année d'adhésion.

Ex : adhésion au 1er juillet 2015 plafond pour l'année 2015 en delta 2 : 400 €

4 - Optique : voir annexe

Le forfait équipement (verres et monture) est versé en complément du remboursement du régime complémentaire dans la limite de la dépense, et du plafond défini par le contrat responsable.

5 - Garantie 300

Cette garantie n'est pas assujettie aux plafonds de prise en charge définis par les articles R 871-2 du code de la sécurité sociale (contrat responsable).

12 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Lorsqu'en cours d'année, la législation sur les régimes obligatoires ou complémentaires modifie de manière significative leur niveau de prise en charge, l'assemblée générale, ou le conseil d'administration suivant mandat donné annuellement, peut modifier les barèmes de prestations.

13 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

Les prestations ne pourront faire l'objet de tiers payant.

L'adhérent doit transmettre obligatoirement le décompte de remboursement de son régime obligatoire et de sa mutuelle accompagnée des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

En cas de prestation non prise en charge par le régime obligatoire et la complémentaire santé, l'adhérent devra impérativement fournir une facture originale pour pouvoir être remboursé.

14 – DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes en cours d'hospitalisation à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Les travaux de prothèses dentaires engagés avant la date d'adhésion à la mutuelle ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution (ou de facturation) est postérieure à l'adhésion.

Il y a un délai d'attente de 3 mois pour la prise d'effet du droit aux prestations à l'exception des adhérents déjà présents dans la mutuelle ou souscrivant à un contrat collectif conclu auprès de la mutuelle.

15 – ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

16 – INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANTS-DROIT

Les enfants étudiants restent couverts par l'adhérent principal jusqu'à leur 26^e année. À l'issue de la dernière année scolaire, l'ayant droit peut rester couvert par l'adhérent principal jusqu'au 31 décembre de l'année en cours sauf s'il a trouvé un emploi.

17 – CAS OUVRANT DROIT À RÉSILIATION ANTICIPÉE

L'adhésion cesse de produire ses effets pour le membre participant et ses bénéficiaires lorsqu'ils ne peuvent plus justifier d'une adhésion à une complémentaire santé.

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1^{er} jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Etant entendu que l'attribution de droits à la CMU-C s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

18 – MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

Le changement d'option intervient au 1^{er} janvier de chaque année après 12 mois minimum d'adhésion à l'option.

Un avenant au contrat sera établi selon les modalités ci-dessus sur la base des prestations de la nouvelle option.

19 – PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

Toutefois, la mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droits 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, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu 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 décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

20 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,

et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

21 – LOI APPLICABLE

Conformément à l'article L 225-2 du Code de la Mutualité :

I – Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L 225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II – On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle.
- l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

22– DISPOSITION DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

DPO

39 rue du Jourdil

CS 59029-Cran Gevrier

74991 ANNECY Cedex 9

dpo@mutuelles-entis.fr.

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

22.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment .

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

22.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

22.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

22.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement) .

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
39 rue du Jourdil

CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

23 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont réglées par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

24 - RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle de France Unie
Service réclamation
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant réception de la réclamation.

25 - MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
Monsieur le médiateur
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

1-5 Règles de gestion spécifiques aux garanties labellisées

1 - Objet

Le contrat labellisé est un contrat à adhésion individuelle facultative. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACPR et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

2 - Personnel garanti et ayants droits

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
- Leurs ayant-droits :
- le conjoint,
- le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil .
- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - ✓ les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :
 - ↳ les enfants de moins de 25 ans, étudiant,
Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité.
 - ↳ les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un premier emploi.
Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi.

3 - Conditions d'adhésion

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.
Sil l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.
- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

4 - Prise d'effet des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants-droit remplissant les conditions statutaires est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle – cotisation comprise – pour l'année civile et pour une durée minimum d'un an .Elle est prolongée par décision tacite, l'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Sur demande expresse de l'adhérent, l'adhésion peut commencer en début de mois, avec date d'effet au jour de souscription de l'adhésion (la cotisation doit couvrir le mois complet).

5 - Montant ou taux de cotisations

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale

Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminant pour les options A, B et C sont précisés en annexe 1.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale.

Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle :

Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable non compte tenu d'éventuelles pénalisations prévues à l'article 6 du présent règlement.

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 3.

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Ce fractionnement fera l'objet de frais.

6 - Majorations de cotisation

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, augmentation fixée par l'arrêté, qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction, une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 10 novembre 2011 et les retraités, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

7 - Conditions et modalités de modification des cotisations

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés). En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

En cas d'augmentation substantielle du barème des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1° du décret susvisé continuera à être appliquée.

Toute modification intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

8 - Modalité de paiement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

9 - Ouverture des droits

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, selon la procédure détaillée à l'article 12 du présent règlement mutualiste.

10 - Suspension et remise en vigueur des garanties

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger
- détention à caractère pénal

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

11 - Démission

A l'échéance annuelle, la demande de résiliation ou de radiation doit être formulée par pli recommandé avec un préavis minimum de deux mois et ne sera effective qu'au 31 décembre de l'année.

12 - Radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles ce présent règlement subordonne l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration ou ses mandataires.

Peuvent également être radiés, les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations.

Si l'adhérent n'a pas réglé sa cotisation 10 jours après l'échéance, la mutuelle lui envoie un courrier de mise en demeure en lettre recommandée avec accusé de réception l'informant du droit de la mutuelle à suspendre les garanties en cas de non régularisation sous un délai de 30 jours .

Le contrat pourra être suspendu 30 jours après la mise en demeure du membre participant et pourra être radié 10 jours après l'expiration du précédent délai.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures, pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement ou la régularisation de leurs cotisations.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Etant entendu que l'attribution de droits à la CMU-C s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

13 - Conséquence de la cessation des garanties

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les adhérents radiés disposent d'un délai de 6 mois après la date d'émission de leurs décomptes Sécurité Sociale ou de leurs factures pour se faire rembourser.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non majoration.

14 - Prestations

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2 déterminant pour les options pour les options A, B et C .
Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Celles-ci sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004

Liste disponible auprès de la mutuelle.

Prise en charge de la participation visée à l'article 28 4° du Décret n° 2011-14174 du 8 novembre 2011

A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie .

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

15 - Tiers-payant

Chaque adhérent complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte « Adhérent Mutualiste » permettant le tiers payant avec certaines professions de santé.

Cette carte « Adhérent Mutualiste » reste la propriété de la Mutuelle, et en demandera la restitution en cas de départ de l'adhérent (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

16 - Modification des prestations par la mutuelle

Les prestations sont définies pour une période minimale de trois ans.

Toute modification substantielle intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

17 - Effets du retrait ou du non renouvellement du label

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

De plus, lorsqu'elle reçoit directement la participation de la collectivité, la mutuelle, doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

18 - Modification du choix de la garantie par le membre participant

Le membre participant peut modifier sa couverture santé à la mutuelle en adressant une demande écrite, par lettre recommandée, un mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier. Cette modification prendra effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

19 - Déclarations à faire auprès de la mutuelle pour le paiement des prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Lorsque les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Pour l'optique et les déplacements cure, fournir les factures acquittées.

Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit obligatoirement faire remplir un devis par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte sécurité sociale.

En cas de tiers payant, le praticien doit effectuer une demande de prise en charge auprès de la mutuelle.

20 - Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes en cours d'hospitalisation à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les personnes qui adhèrent en cours d'année, le droit au forfait journalier hospitalier est calculé au prorata de la durée d'adhésion sur l'année civile.

21 - Etendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national .

Tous soins à l'étranger devra obligatoirement pris en charge par l'organisme de sécurité sociale obligatoire français pour donner lieu à remboursement par la mutuelle.

Le remboursement de la mutuelle s'effectuera en complément à 100% du tarif de convention français recalculé par l'organisme obligatoire.

22 - Obligations d'information à la charge des membres participants

Tout changement de situation, de statut, de coordonnées postales ou bancaires devra faire l'objet d'une information de la part de l'adhérent.

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur dix-huitième année, le membre participant doit fournir chaque année un certificat de scolarité au plus tard le 31 décembre de l'année en cours.

23 - Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès n'est pas remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1^{er} jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

En cas de retrait ou non-renouvellement du label, la résiliation prendra effet à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

24 - Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

Toutefois, la mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droit 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, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu 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 décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des

ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

25 - Prescription

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans (dix ans si le bénéficiaire n'est pas le membre participant) à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

26 - Loi applicable

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité, la loi applicable est la loi française et les tribunaux compétents les tribunaux français, selon les règles de compétence matérielle et territoriale prévues par le droit français.

27 – Loi informatique et libertés

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

DPO
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
dpo@mutuelles-entis.fr.

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

27.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment .

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

27.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

27.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

27.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexacts le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement) .

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

28 - Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

29 - Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle de France Unie
Service réclamation
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant, une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant réception de la réclamation.

30 - Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle de France Unie
Monsieur le médiateur
39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

1-6 Règles de gestion spécifiques à la MMSSP

PARTIE I

Article 1 – Montant ou taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire (adhérent individuel et collectif) ou en pourcentage de la masse salariale ou du P.M.S.S. (pour certaines adhésions à caractère obligatoire). La cotisation peut être individuelle ou familiale (cf annexe 1 : barème des cotisations).

Un droit d'entrée unique de 10 € est à verser lors de l'adhésion à la mutuelle.

Article 2 - Conditions et modalités de modification des cotisations

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction des facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe, ...). Dans le cas où l'adhésion individuelle est réalisée par l'intermédiaire d'un membre participant de la mutuelle, le nouvel adhérent pourra bénéficier d'un parrainage selon la campagne organisée au moment de l'adhésion.

Le choix d'une option par un adhérent s'applique à l'ensemble des ayants droit sauf pour les Artisans Commerçants dont le conjoint et éventuellement les enfants relèvent du régime général de la Sécurité Sociale et pour les personnes prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale qui peuvent opter pour cette option spécifique.

Les changements d'option répétés ou abusifs feront l'objet d'un examen par le Conseil d'Administration.

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés). Les barèmes des cotisations sont modifiés annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. En cas de changement de taux du ticket modérateur ou autre, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations en cours d'année.

Article 3 - Résiliation des garanties par la mutuelle

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Peut être également radié le membre participant qui n'est plus à jour de cotisation pour une période supérieure à 3 mois. La radiation est précédée d'un rappel par lettre simple envoyée dès qu'une période de retard supérieur à deux mois est constatée. La radiation est précédée d'une mise en demeure envoyée dès que le délai de retard a dépassé 2 mois. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de trente jours. Même dans ce cas de radiation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues. Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

Le Conseil d'Administration se réserve le droit de radier ou exclure tout membre participant qui tiendra des propos incorrects vis à vis d'autres membres participants ou du Conseil d'Administration ou qui intentera toute action pouvant nuire à la réputation ou la bonne marche de la mutuelle.

Article 4 - Prestations (cf : tableau de prestations)

Les prestations accordées par la mutuelle sont celles figurant sur la plaquette annuelle distribuée à tous les adhérents. Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

A compter du 1^{er} janvier 2006, les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par la mutuelle selon les modalités et les conditions prévues par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale sont remboursées comme suit :

- la mutuelle prend en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité Sociale et aux prescriptions de celui-ci dans les conditions fixées à l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale.

- la mutuelle ne prend pas en charge la majoration de participation mentionnée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité Sociale et laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi et la réglementation.

Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus.

- la mutuelle ne prend pas en charge la majoration de participation prévue à l'article L.161-36-2 du code de la Sécurité Sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter.

- la mutuelle ne prend pas en charge la totalité des dépassements d'honoraires 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 la loi et la réglementation.

- la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire visée à l'article L.322-2-II du code de la Sécurité Sociale.

La mutuelle prend en charge la participation de 18 € laissée à la charge des assurés sur les actes médicaux supérieurs à 120 €.

Les prestations de la mutuelle sont garanties dans le respect des règles définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, sans comprendre le montant de la part Sécurité Sociale. Le montant des remboursements des frais médicaux par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge effective du membre participant après tout autre remboursement.

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Article 5 - Délai de prise d'effet du droit aux prestations

1. Contrats responsables : options 2, 3, 4, AC, Communaux

La prise en charge obligatoire par les contrats responsables de la participation de l'assuré pour les soins de ville et les frais d'hospitalisation (c'est-à-dire le ticket modérateur sur les soins de ville et les frais d'hospitalisation ainsi que le forfait journalier hospitalier) impose que le bénéfice de ces garanties soit ouvert pendant toute la période couverte par le contrat et effective dès le premier jour du mois suivant la réception du dossier complet par la mutuelle.

2. Contrats non responsables : Options 1, Jeune et 100 % SECU

Toute nouvelle adhésion est soumise à une période de stage pour la prise d'effet du droit aux prestations, sauf pour les adhérents justifiant d'un certificat de radiation de moins de trois mois d'un autre organisme :

- Stage de trois mois pour les risques : maladie, pharmacie, appareillage, transport, cure thermale, dentaire, optique
- Stage de six mois pour les risques : hospitalisation

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les prothèses dentaires déjà engagées à la date d'adhésion à la mutuelle, si les soins sont en cours ou si le devis a été signé et accepté avant la date d'adhésion, les frais ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution est postérieure à l'adhésion.

PARTIE II

CONTRATS SOUMIS AUX DISPOSITIONS DU DECRET N°2011-1474 DU 8 NOVEMBRE 2011 RELATIF A LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE LEURS ETABLISSEMENTS PUBLICS AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE DE LEURS AGENTS

CONTRATS LABELISES

- GAMME « LABEL' SANTE » (Options A, B et C)
- GAMME « LABEL' COMMUNAUX » (Option Communaux)

Article 1

Article 2 personnels et ayant droits

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
- Leurs ayant-droits :
 - le conjoint,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil.
 - les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - ✓ les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :
 - ↳ les enfants de moins de 25 ans, étudiant,
Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité.
 - ↳ les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un premier emploi.
Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi.

Article 3 Conditions d'adhésion

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.
Sil l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.
- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

Article 4 Montant ou taux de cotisation

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale

Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminants sont précisés en annexe 1.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale.

Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle :

Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable non compte tenu d'éventuelles pénalisations prévues à l'article 6 du présent règlement.

Le nombre d'enfants soumis à cotisation est de 3.

Article 5 Majorations de cotisation

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, augmentation fixée par l'arrêté, qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction, une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 10 novembre 2011 et les retraités, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

Article 6 Conditions et modalités de modification des cotisations

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés). En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

En cas d'augmentation substantielle du barème des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1° du décret susvisé continuera à être appliquée.

Toute modification intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 7 Modalité de paiement des prestations

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

Article 8 Radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles ce présent règlement subordonne l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration ou ses mandataires.

Peuvent également être radiés, les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations.

Si l'adhérent n'a pas réglé sa cotisation 10 jours après l'échéance, la mutuelle lui envoie un courrier de mise en demeure en lettre recommandée avec accusé de réception l'informant du droit de la mutuelle à suspendre les garanties en cas de non régularisation sous un délai de 30 jours.

Le contrat pourra être suspendu 30 jours après la mise en demeure du membre participant et pourra être radié 10 jours après l'expiration du précédent délai.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures, pour les membres participants qui prouvent que les circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement ou la régularisation de leurs cotisations.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non majoration.

Article 9 Les prestations

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Celles-ci sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004

Liste disponible auprès de la mutuelle.

Prise en charge de la participation visée à l'article 28 4° du Décret n° 2011-14174 du 8 novembre 2011

A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Seront pris en charge à hauteur maximale de 50% du tarif de la sécurité sociale, les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations pratiqués par les médecins du secteur 2, exerçant une activité de chirurgie, de gynécologie-obstétrique ou d'anesthésie, réanimation, et qui ont adhéré à la section optionnel de coordination.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

Article 10 Tiers-payant

Chaque adhérent complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte « Adhérent Mutualiste » permettant le tiers payant avec certaines professions de santé.

Cette carte « Adhérent Mutualiste » reste la propriété de la Mutuelle, et en demandera la restitution en cas de départ de l'adhérent (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

Article 11 Modification des prestations par la mutuelle

Les prestations sont définies pour une période minimale de trois ans.

Toute modification substantielle intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudential qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

Article 12 Effets du retrait ou du non renouvellement du label

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

De plus, lorsqu'elle reçoit directement la participation de la collectivité, la mutuelle, doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

Article 13 Modification du choix de la garantie par le même membre participant

Le membre participant peut modifier sa couverture santé à la mutuelle en adressant une demande écrite, par lettre recommandée, un mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier. Cette modification prendra effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

Article 14 Déclaration à faire auprès de la mutuelle pour le paiement des prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Lorsque les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Pour l'optique et les déplacements cure, fournir les factures acquittées.

Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit obligatoirement faire remplir un devis par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte sécurité sociale.

En cas de tiers payant, le praticien doit effectuer une demande de prise en charge auprès de la mutuelle.

Article 15 Délai de prise d'effet du droit aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes en cours d'hospitalisation à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour les personnes qui adhèrent en cours d'année, le droit au forfait journalier hospitalier est calculé au prorata de la durée d'adhésion sur l'année civile.

Article 16 Etendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

Tous soins à l'étranger devront obligatoirement être pris en charge par l'organisme de sécurité sociale obligatoire français pour donner lieu à remboursement par la mutuelle.

Le remboursement de la mutuelle s'effectuera en complément à 100% du tarif de convention français recalculé par l'organisme obligatoire.

Article 17 Obligations d'information à la charge des membres participants

Tout changement de situation, de statut, de coordonnées postales ou bancaires devra faire l'objet d'une information de la part de l'adhérent.

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur dix-huitième année, le membre participant doit fournir chaque année un certificat de scolarité au plus tard le 31 décembre de l'année en cours.

Article 18 Cas ouvrant droit à la résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès n'est pas remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1er jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

En cas de retrait ou non-renouvellement du label, la résiliation prendra effet à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

II – Particularités en fonction des garanties

Délais d'accès aux prestations selon les garanties

Pour les contrats responsables pendant ces délais de stage, la mutuelle ne prendra en charge que le ticket modérateur sur tous les soins (médecine, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, appareillage, cure thermique, transports) et le forfait journalier en cas d'hospitalisation médicale pour laquelle le régime obligatoire intervient.

MGLS

Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Il n'y a pas de délai (ou de « stage ») pour la prise d'effet du droit aux prestations, sauf pour les nouveaux adhérents individuels, et non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois :

1. pour les risques : appareillage, toutes prothèses, cure thermique, hospitalisations (forfait, chambre particulière), dentaire, optique : stage de trois mois ; pour l'ensemble des risques, pour les nouveaux adhérents de plus de 50 ans : stage de 6 mois
2. pour les frais liés à la maternité : stage de neuf mois.

MGO

Pas de délais de stage

MPAS

Délais de stage

- soins médicaux = 3 mois
- hospitalisation = 6 mois
- cure thermique = 6 mois
- allocation décès = 12 mois.

DASSAULT

Pas de délais de stage

MUPAS

Délais de stage

- La garantie peut être accordée à l'expiration d'un délai de stage :
- Soins médicaux (immédiat), optiques, dentaires, appareillage : après une période de stage de 6 mois
- Hospitalisation : après une période de stage de 6 mois
- Forfait accouchement : après une période de stage de 12 mois
- Cures thermales : après une période de stage de 12 mois
- Aide action sociale Décès : après une période de stage de 24 mois
- Garantie santé SENIORS (acte hospitalisation) : après une période de stage de 6 mois
- Prothèse auditive : après une période de stage de 12 mois

Sont exonérés de période de stage :

- les adhérents qui peuvent justifier qu'ils bénéficiaient, antérieurement à leur inscription, des garanties similaires au titre d'un régime de prévoyance proposé par une mutuelle et qui produisent à cet effet un certificat de radiation du précédent organisme de moins de 3 mois.
- les soins consécutifs à un accident

- Les assurés bénéficiaires de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Gamme Omega :

Délais de stage :

- Il n'y a pas de délai de stage (ou d'attente) pour la prise d'effet du droit aux prestations sauf pour les nouveaux adhérents choisissant une couverture équivalente ou supérieure à Oméga 25 et non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois :
 - Stage de 3 mois pour les actes médicaux, la pharmacie, appareillages, transports, cures thermales
 - Stage de 6 mois pour l'hospitalisation sauf accident, dentaire et optique

Passage à une option inférieure

Le passage sur une option inférieure, en plus des cas prévus à l'article 18 des règles communes (partie 1-1), n'est possible que dans les cas où les événements suivants interviennent en cours d'année sur présentation d'un justificatif :

- modification de la situation familiale
- inscription de l'assuré ou de son conjoint à l'assurance chômage
- départ en retraite

Un avenant au contrat sera établi selon les modalités ci-dessus sur la base des prestations de la nouvelle option.

Mutuelle de France :

- Pour les adhésions individuelles, la garantie Obsèques n'est octroyée qu'en cas de survenance du décès avant le jour anniversaire des soixante-dix ans du membre participant ou de ses ayants droit.

MFL :

Prime naissance accordée uniquement si inscription de l'enfant

MCA :

Garantie Hospit' : Il s'agit d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation à compter du 4ème jour et jusqu'au 90ème jour d'hospitalisation.

Le crédit allocation est limité à 90 jours par année civile.

Le stage pour bénéficiaire de l'allocation est de 6 mois.

L'allocation n'est pas servie en cas d'hospitalisation dans une maison de retraite, maison de repos, centre neuropsychiatrique et maternité.

L'allocation est de 3.20 € par jour.

[...]

Annexe 1 : tableau des garanties

III – Particularités en fonction des cotisations

M Santé

- gratuité naissance : 1 mois de cotisation
- gratuité mariage : non
- nombre d'enfants cotisants : 2

MGLS

Pour les garanties individuelles : cotisations adulte/enfant – gratuité à partir du 3^{ème} enfant- gratuité nouveau-né jusqu'au 1^{er} anniversaire – pas de gratuité mariage

MGO

La gratuité naissance n'existe que pour la Gamme des Territoriaux.

- Pour les gammes individuelles la cotisation famille est à partir de 3 personnes ou 3 personnes & +.(donc gratuit à partir de 4^{ème} personne)
- Pas de gratuité mariage ou PACS

MPAS

Pas de gratuite naissance et mariage.

MUPAS

Gratuité à partir du deuxième enfant : familles vivant en couple

Gratuité à partir du troisième enfant : familles monoparentales

Omega

En fonction de l'option souscrite, le nombre d'enfants soumis à cotisation est évolutif :

- deux enfants par adhérent sont soumis à cotisation pour les options Oméga éco, 10, 15, 20, 25 et 30
- tous les enfants sont soumis à cotisation pour les options 35, 40 et 45

En cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à ses 6 mois.

Mutuelles de France autres garanties :

- en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à ses 6 mois
- pas de gratuité mariage
- pas de remise chômage
- Options confiance, excellence, avantage, équilibre, Harmonie, Hospitalisation : 2 enfants sont soumis à cotisation
- Option essentiel : 1 enfant est soumis à cotisation
- Options privilège et optimum : 3 enfants sont soumis à cotisation
- Les membres participants s'acquittant de l'intégralité de leur cotisation annuelle avant le 10 janvier de l'année en cours, ils bénéficient d'une remise forfaitaire dont le montant est le suivant : (annexe 2 : tableau)

MASP :

Pour les garanties Jeunes et Plénitudes Standards le nombre maximum d'enfants payants est de 2.

MGB :

Pour les contrats individuels, en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire. En cas de mariage, si le conjoint — non couvert par la mutuelle

antérieurement — est inscrit dans un délai de trois mois, il bénéficie de la gratuité de cotisation sur les six premiers mois. [...]

Annexe 2 : détails des cotisations garanties par garanties

Intégration des cotisations propres aux garanties MASP, MGB Mutuelle Familiale du Loiret et MCA