

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

GARANTIES INDIVIDUELLES FERMÉES

RÈGLEMENT MUTUALISTE

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 et durée des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le premier jour de la réception de son dossier complet par la Mutuelle cotisation comprise. Elle prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Exemples : pour une adhésion au 01/01/2021, la 1ère échéance est le 31/12/2021. Pour une adhésion 01/06/2021, la 1ère échéance est le 31/12/2022).

Elle est prolongée annuellement par décision tacite à l'expiration de la 1ère échéance puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est fixée au 31 décembre.

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

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

Sont également considérés comme ayant droits, sans limitation d'âge, les enfants devenus titulaires, avant leurs 21 ans, de la carte d'invalidité civile et bénéficiant de l'Allocation d'Adulte Handicapé, rattachés au même foyer fiscal que l'adhérent (sur justificatifs

d'allocation adulte handicapé et d'appartenance au foyer fiscal).

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 dans ce cas précis, chaque conjoint devra être titulaire de son propre contrat. Les enfants souscrivent à la garantie choisie par le membre participant.

Le barème des cotisations en cours est visé à l'annexe I du présent règlement.

Le tarif varie selon la zone tarifaire concernée dans les conditions de l'annexe 1.

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 à effet du 1^{er} janvier de chaque année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires, ou du conseil d'administration dans les conditions des Statuts. Les modifications des barèmes sont applicables à toutes les

garanties en cours au 1er janvier, quelle que soit la date d'adhésion ou de changement d'option.

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 annexe 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 exemples, en cas de modification du taux de la fiscalité, ou encore pour les garanties concernées, de modification du cahier des charges du contrat responsable). Dans ce cas, ces modifications, survenant en début ou en cours d'exercice, sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement dès leur notification par la mutuelle. 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 préalablement dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité. La cotisation annuelle est exigible le premier jour de prise d'effet de l'adhésion.

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

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 et figurent sur le barème des prestations. En tout état de cause, les contrats soumis à la réglementation du contrat responsable incluent une prise en charge immédiate et illimitée du ticket modérateur et du forfait journalier.

Ceux-ci sont parties aux barèmes des 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 de plus de trois mois à l'étranger,
- 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 - Changement d'option et/ou garantie

La garantie souscrite peut être modulée en plusieurs options distinctes.

Lors de la souscription, l'adhérent choisit la garantie et le cas échéant le niveau de garantie (option) correspondant à ses besoins.

Passé le délai d'un an à compter de la souscription, l'adhérent peut à tout moment solliciter un changement de sa garantie et/ou option.

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie et/ou d'option au sein de la garantie souscrite doit en faire la demande à la mutuelle.

Cette demande fait l'objet d'une étude des besoins de l'adhérent et donne lieu soit au maintien de la garantie/option existante en l'état soit à la souscription de la nouvelle garantie/option choisie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Tout changement de garantie/option a pour effet la résiliation de la garantie/option en cours et la souscription de la nouvelle garantie/option à la date d'effet visée au bulletin d'adhésion.

Les changements de garantie/option sont soumis aux dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité et font courir un nouveau délai incompressible de souscription d'un an.

Par dérogation à ce qui précède à la demande motivée de l'adhérent, la mutuelle peut accepter un changement de garantie/option par anticipation au délai incompressible précité.

Cette acceptation est à la discrétion de la mutuelle qui apprécie suivant les motifs présentés pour justifier d'un changement anticipé (ALD, changement de situation familiale ..)

9 - 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.

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 est suspendue 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 peut 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.

10 - Résiliation des garanties par le membre participant

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre. Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social:
Mutuelle de France Unie.
Service résiliations
39 rue du Jourdil
CS 59 029
74 991 ANNECY
CEDEX 9
- Soit par email à l'adresse unique suivante : radiation.sante@mutuelles-entis.fr
- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante

<https://www.mutuelledefranceunie.fr>,

- Soit par déclaration faite au siège social ou dans l'un des bureaux de la mutuelle dont la liste figure sur le site à l'adresse suivante : <https://www.mutuelledefranceunie.fr> et remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités.

Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en ait reçu notification par le membre participant.

Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre.

Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoires visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.

11 - Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la résiliation, 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.

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestation, y compris pour les prestations ayant fait l'objet d'un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d'effet de la démission ou radiation. Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l'accord de prise en charge ayant fait l'objet de soins ou d'actes réalisés avant la date d'effet de la fin du contrat.

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 indûment perçu à la Mutuelle. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant indûment perçu par tout moyen mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire, y compris par le prélèvement des sommes indûment perçues sur les prestations à venir.

12 - 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.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties est mentionné expressément dans les grilles des prestations figurant en annexe. 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 (décrets relatifs au contrat responsable du 18 novembre 2014 et du 11 janvier 2019 et circulaire DSS du 29 mai 2019), la Mutuelle s'engage dans tous les cas à prendre en charge à minima le ticket modérateur ou le prix limite de vente, selon les obligations de prise en charge.

Pour les contrats qui sont soumis à la réglementation sur les contrats responsables visés aux articles L 871-1, 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 le niveau de garantie, un capital « décès » est intégré en garantie induite. Cette garantie ne peut s'appliquer si la

personne décédée est un mineur de moins de 12 ans tel qu'il résulte de l'article L.223-5 du Code de la Mutualité qui interdit toute souscription en cas décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de 12 ans.

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 le tableau de prestation de chaque garantie (annexe II du présent règlement).

« Toutes les prestations liées au tiers payant et au dispositif Noémie sont payées sous 2 jours ouvrables. Pour toutes les autres dans un délai maximum de 10 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation. »

OBS :

-Le cahier des charges du contrat responsable a été modifié par le décret n°2025-1131 qui intègre désormais la prise en charge renforcée (100% santé) des actes suivants :

- Location courte durée pour les fauteuils roulants,
- Prothèses capillaires de classe 2

-Décret n° 2026-228 du 30 mars 2026 relatif au montant de la participation forfaitaire mentionnée au 1° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale

-Arrêté du 27 février 2026 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale

-À compter du 1er mars : le forfait journalier hospitalier passe de 20 à 23 euros, et de 15 à 17 euros en psychiatrie – une première revalorisation depuis 2018. Le forfait patient urgences grimpe, lui, de 19,61 à 23 euros.

-À compter du 1er avril: la participation forfaitaire sur les actes lourds (actes supérieurs ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur à 60), est portée de 24 à 32 euros, que l'acte soit réalisé en ville, en centre de santé ou à l'hôpital, y compris en hospitalisation à domicile.

=> Les tableaux de garanties annexées aux RMS doivent être modifiés en conséquence.

13 - 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.

14 - 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 CCAM dentaire applicable 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.

15 - 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.

16 - 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), en l'absence d'avance de frais par le membre participant ou de remboursement sur place par l'organisme de sécurité sociale du lieu de séjour, la Mutuelle n'interviendra pas.

17 - Informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de leurs ayant 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. La prime naissance, si elle est prévue par la garantie souscrite, ne sera versée que si le changement de situation a été reçu par la Mutuelle dans ce délai.

Passé le délai de trois mois, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande. La cotisation afférente à l'adhésion d'un nouvel ayant droit est due à compter de la date d'effet de son adhésion.

18 - 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, elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'évènement.

Le bénéfice d'une C2S entraîne la résiliation anticipée du contrat à dater du premier jour du mois qui suit la présentation par le membre participant d'une attestation de souscription d'un contrat C2S.

19 - Modification des garanties choisies

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations est opposable à

l'adhérent dès sa notification ou à la date à laquelle l'information de son existence est portée à sa connaissance.

Cette information vaut notification et les modifications s'imposent de plein droit dans les conditions de l'article L221-5 du code de la mutualité.

20 - 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.

21 - 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 fausse 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. 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, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

22 - Loi applicable

La loi française régit les relations contractuelles et précontractuelles. La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

23 - Protection des données à caractère personnel

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
Ou par mail à l'adresse suivante :
dpo@mutuelles-entis.fr

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

24 - 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-

25 - 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

Ou par mail à l'adresse suivante :
reclamations@mutuelles-entis.fr

A compter de la date d'envoi de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, 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 dans ce même délai de 10 jours-

Dans tous les cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 mois maximum à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement-

26 - Médiation

Si le désaccord persiste ou en l'absence de réponse de la mutuelle dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, 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 :

A l'attention du médiateur
UGM ENTIS
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 définitive, par courrier aux deux parties sous un délai de 90 jours suivant réception du dossier complet.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie dans les meilleurs délais une demande à la partie

concernée et en informe la deuxième partie. Dans ce cas-là, le délai des 90 jours pourra être prolongé mais le médiateur doit en avertir immédiatement les 2 parties.

27 : réglementation relative à la directive distribution assurance

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de

condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.

- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

28 - FRAUDE

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchu de tous droits, en cas de détection par la mutuelle d'une fraude ou d'un délit commis par l'adhérent ou l'un de ses ayants droits au préjudice de la mutuelle, en lien ou impactant les garanties souscrites.

La fraude résulte notamment de toute fausse déclaration volontaire, de toute omission volontaire ou de toute production de faux ou usage de faux.

Dans ce cas, les garanties prennent fin à la date de notification du constat de fraude ou de délit par la Mutuelle, les cotisations échues demeurent acquises à la Mutuelle, qui est autorisée à recouvrer les prestations indûment versées.

Annexe 1 : tableau de cotisations

Préambule : modulation géographique des cotisations :

Les cotisations sont fixées distinctement et réparties entre les 5 zones géographiques définies comme suit :

- La Zone 1 (coefficient géographique = 1,20) concerne les départements suivants : 04 - 05 - 06 - 11 - 13 - 30 - 34 - 48 - 66 - 67 - 68 - 75 - 77 - 78 - 83 - 84 - 91 - 92 - 93 - 94 ;
- La Zone 2 (coefficient géographique = 1,06) concerne les départements suivants : 01 - 02 - 07 - 08 - 10 - 14 - 18 - 26 - 25 - 27 - 28 - 36 - 37 - 38 - 39 - 41 - 42 - 45 - 50 - 51 - 52 - 58 - 60 - 61 - 69 - 70 - 71 - 73 - 74 - 76 - 80 - 89 - 90 ;
- La Zone 3 (coefficient géographique = 0,96) concerne les départements suivants : 03 - 09 - 12 - 15 - 19 - 23 - 24 - 31 - 32 - 33 - 40 - 43 - 46 - 47 - 54 - 55 - 57 - 59 - 62 - 63 - 64 - 65 - 81 - 82 - 87 - 88 ;
- La Zone 4 (coefficient géographique = 0,85) concerne les départements suivants : 16 - 17 - 22 - 29 - 35 - 44 - 49 - 53 - 56 - 72 - 79 - 85 - 86 - 971 - 972 - 973 - 974 ;
- La Zone 5 = régime local Alsace-Moselle (coefficient géographique = 0,66) : Régime Local

Annexe 2 : tableau de garanties

Conformément au tableau repris ci-dessous, le membre participant a le choix entre trois formules [F1], [F2], [F3] proposant différents niveaux de garanties croissants, constituées chacune de trois modules de garanties.

Le membre participant a la possibilité de souscrire une formule préétablie.

Il peut également composer sa propre formule en modulant les niveaux de garanties des formules [F2] et [F3] précitées :

- Les formules [F2] et [F3] offrent la possibilité au membre participant de souscrire une « option budget » afin de diminuer le montant de sa cotisation en renonçant à certaines garanties,
- La formule [F2] peut également être modulée de manière à augmenter les garanties offertes moyennant une augmentation de la cotisation définie dans le tableau.

Annexe 3 : Cotisations

A compter du 1^{er} janvier 2023, en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.