



MUTUELLE GENERALE d'AVIGNON

N° SIREN 334 489 986
N° LEI 969500D5WKRVIE0ZQ766

Règlement Mutualiste

PARTIE I

Contrats individuels et collectifs hors statut territoriaux

ARTICLE 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.

ARTICLE 2 : Définition des membres participants.

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont des personnes physiques qui versent une cotisation et qui bénéficient de prestations de la part de la Mutuelle tel que stipulé à l'article 8 des statuts.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

ARTICLE 3 : Personnes couvertes.

Les personnes couvertes sont :

I - Les membres participants

II - Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- ◆ Le conjoint;
- ◆ Le concubin des participants célibataires, divorcés ou veufs, sur présentation d'une attestation sur l'honneur renouvelée chaque année ;
- ◆ Les personnes ayant conclu avec des participants célibataires, divorcés, ou veufs un Pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil ;
- ◆ Les enfants et toutes personnes à charge fiscalement.

Sont assimilés aux enfants à charge :

- ◆ Jusqu'à 21 ans pour les opérations individuelles et jusqu'à 26 ans pour certains contrats collectifs, les enfants qui poursuivent leurs études
- ◆ Les étudiants ;
- ◆ Sans limite d'âge, les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire.

Les enfants recueillis par le membre participant et dont il a la charge exclusive peuvent également être admis comme ayants droit après accord du Conseil d'Administration.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome, par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits, et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle Générale d'Avignon.

ARTICLE 4 : Adhésion.

➤ Contrats Individuels :

Conformément à l'article 9 des statuts de la Mutuelle, le membre participant titulaire de la garantie adhère librement en signant un bulletin d'adhésion, après avoir pris connaissance du règlement mutualiste qui précise les conditions contractuelles.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

➤ Contrats collectifs :

Le membre participant et ses ayants droits adhérents dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par son employeur ou une personne morale de façon facultative ou obligatoire, selon la nature du contrat (article 10 des statuts).

La signature du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif par l'employeur ou une personne morale, emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Dans tous les cas, le membre participant doit justifier de son appartenance à l'entreprise ou à la collectivité signataire en présentant une attestation de son employeur et le dernier bulletin de salaire. L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire.

Dans tous les cas, l'adhérent reçoit l'ensemble des documents et informations relevant de la Directive sur la Distribution des Assurances.

ARTICLE 5 : Carte d'adhérent.

A la prise d'effet du contrat, une carte d'adhérent est délivrée au membre participant.

Sur la carte d'adhérent sont inscrits, les noms et prénoms du membre participant et de tous ses ayants droits.

Elle indique la garantie souscrite et les dates de validité pour l'ouverture des droits.

Elle est renouvelée trimestriellement, semestriellement ou annuellement suivant le mode de règlement.

Dans le cas du prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, elle est renouvelée annuellement sauf impayés entraînant un renouvellement fractionné dans les conditions de prudence et de suivi fixées par la mutuelle.

Pour les adhérents bénéficiant de la portabilité des droits telle que visée à l'article L 911-8 du Code de la Mutualité, la carte de tiers payant pourra revêtir une durée mensuelle.

ARTICLE 6 : Effet et durée des garanties.

Les garanties prennent effet dès l'adhésion si l'adhérent avait une mutuelle antérieurement si contraire, un stage de 3 mois ou 6 mois peuvent être appliqués selon la garantie.

Pour les contrats responsables pendant ces délais de stage, la mutuelle ne prendra en charge que le ticket modérateur ou le prix limite de vente, selon les obligations de prise en charge relatives au contrat responsable, 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.

Toute adhésion est souscrite pour la durée minimale d'une année civile dans la garantie initialement choisie, exceptionnellement 9 mois pour la section étudiante. En cas d'adhésion en cours d'année, sa durée va jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La garantie est renouvelable annuellement, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties.

La dénonciation par le membre participant est donnée par écrit, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité au plus tard deux mois avant la date d'échéance, soit la fin de l'année civile.

Par dérogation à ce qui précède, le droit à dénonciation n'est pas ouvert aux membres participants dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire, sauf cas de dispense.

Le membre participant pour les opérations individuelles ou collectives facultatives, le souscripteur personne morale pour les opérations collectives facultatives ou obligatoires, peut résilier le contrat ou dénoncer son adhésion à tout moment, après expiration d'un an à compter de la première souscription à la garanties en cours, sans frais ni pénalités.

Cette dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification dans les conditions de l'article L221-10-3 du code de la mutualité.

Elle s'exerce dans le respect des dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité, de son décret d'application et des dispositions spécifiques énoncées au règlement mutualiste ou dans le contrat collectif.

La dénonciation par l'un des moyens précités entraîne la perte de tous droits aux prestations de l'adhérent et de ses ayants-droit à compter de sa date d'effet, dès lors que les dates de soins interviennent postérieurement, les accords de prises en charge antérieur devenant sans effet.

ARTICLE 7 : Cotisations.

Les cotisations sont votées et réactualisées annuellement par l'Assemblée Générale ou le conseil d'administration dans les conditions statutaires ou en cours d'année si les circonstances l'exigent. Elles sont établies par année civile.

Elles sont payables d'avance par mois, trimestre, semestre ou année. En cas de paiement mensuel, le prélèvement automatique est obligatoire.

Dans le cadre du contrat collectif, elles peuvent être précomptées sur le salaire du membre participant à terme à échoir. L'appel des cotisations sera effectué par la Mutuelle à partir du fichier, actualisé mensuellement des mouvements de personnel.

Le montant des cotisations peut être en fonction :

- De l'âge,
- De la garantie choisie,
- De la composition familiale,
- De l'âge au moment de l'adhésion,
- De l'ancienneté de l'adhérent dans la Mutuelle.

Au mois de décembre, un appel de cotisations pour l'année suivante est adressé à chaque membre participant.

Les cotisations sont révisables chaque année. Elles sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

- Nouvelles mesures conventionnelles législatives qui modifient les prestations en nature du régime obligatoire,
- Cause extérieure qui modifie le risque,
- Évolution annuelle des dépenses santé,
- Équilibre des charges de prestations par rapport aux cotisations encaissées au cours d'une même année civile.

En cas de modification des cotisations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la Mutuelle.

Le barème des cotisations par garantie est fixé en annexe 1 du présent règlement.

ARTICLE 8 : Défaut de paiement des cotisations

Opérations individuelles

A défaut de paiement des cotisations, les membres participants pourront être radiés dans les conditions suivantes : à partir de 10 jours après l'échéance, la mutuelle adresse à l'adhérent une mise en demeure par pli recommandé avec accusé de réception, aux frais du débiteur pour l'informer qu'en cas de non-paiement dans un délai de 30 jours à dater de la mise en demeure, son contrat mutualiste sera suspendu.

Dix jours après ce terme, à défaut de régularisation, la radiation pourra être notifiée à l'adhérent, à effet immédiat. Dans ce cas, le membre participant ne pourra pas exiger de certificat de radiation de la part de la Mutuelle.

La radiation du membre participant entraîne celle de ses ayants droits.

A l'issue de cette procédure, le solde des cotisations ainsi que les frais restant dus demeureront exigibles et feront l'objet d'une mise en contentieux et de poursuites en justice.

Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Opérations collectives

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue passé un délai de 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la personne morale ou à l'employeur, la mutuelle informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur du contrat est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur à la personne morale pour le paiement des cotisations.

Le mutuelle pourra résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payés à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque dans le cadre d'opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. 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, la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

La procédure prévue pour les cas de précompte par l'employeur est applicable à l'employeur qui ne paie pas sa part de cotisation.

Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure, et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

ARTICLE 9 : Résiliation.

Pour les opérations individuelles :

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours.

Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle, au service résiliation de la Mutuelle Générale d'Avignon

Soit par email à l'adresse unique suivante : servicesresiliation@mutmga.fr

Soit par déclaration faite au siège social ou dans l'un des bureaux de la mutuelle, remise contre récépissé de réception,

Il pourra également dénoncer l'adhésion à sa garantie, 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.

La mutuelle confirme par écrit la réception du contrat.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, le membre participant devant s'assurer 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.

Pour les opérations collectives à adhésion :

Le souscripteur personne morale pour les opérations collectives facultatives ou obligatoires, pourra résilier le contrat sous réserve d'un préavis de 2 mois à la Mutuelle :

Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle, au service résiliation

Soit par email à l'adresse unique suivante : serviceresiliation@mutmga.fr

Soit par déclaration faite au siège social ou dans l'un des bureaux de la mutuelle remise contre récépissé de réception,

Le souscripteur personne morale pour les opérations collectives facultatives ou obligatoires, pourra résilier le contrat ou dénoncer son adhésion à tout moment, après expiration d'un an à compter de la première souscription à la garantie en cours, sans frais ni pénalités. Cette dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification dans les conditions de l'article L221-10-3 du code de la mutualité.

Elle s'exerce dans le respect des dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité, de son décret d'application et des dispositions spécifiques énoncées dans le contrat collectif

La démission par l'un des moyens précités entraîne la perte de tous droits aux prestations de l'adhérent et de ses ayants droits à compter de sa date d'effet, dès lors que les dates de soins interviennent postérieurement, les accords de prises en charge antérieurs devenant sans effet.

Le code de la de la Mutualité prévoit dans ses articles L 221-10, L 221-10-1 et L221-17 les cas de résiliation invocables par les adhérents quel que soit le contenu du règlement mutualiste ; la résiliation pour mise en place par l'employeur d'un régime de frais de santé obligatoire n'en fait pas partie.

A contrario, les salariés peuvent de plein droit reporter leur adhésion au contrat obligatoire en cas d'existence d'une garantie individuelle. En effet, l'article D 911-2 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que tous les salariés peuvent demander la dispense lors de la mise en place ou de l'embauche s'ils sont concernés pas les cas suivants :

Les salariés présents dans l'entreprise avant la mise en place, par décision unilatérale de l'employeur, d'une couverture complémentaire santé financée pour partie par le salarié (article 11 de la loi Evin)

Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. (La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel);

Enfin, dans le cas des CDD ou contrats de mission d'une durée inférieure à 3 mois, les salariés peuvent invoquer le versement santé dans les conditions prévues à l'article L 911-7-1 du Code de la Sécurité Sociale qui leur permet d'être dispensés d'adhérer au dispositif obligatoire et de recevoir une participation de leur employeur pour financer le contrat individuel auquel ils adhèrent.

ARTICLE 10 : Résiliation et droits aux Prestations.

Les garanties cessent pour le membre participant et ses ayants droits à la date d'effet de la radiation excepté pour les soins antérieurs au changement de situation.

Le non-paiement des cotisations conformément à l'article 8 du règlement mutualiste qui entraîne la radiation du membre participant et de ses ayants droits entraîne également la cessation de paiement des prestations à la date de prise d'effet de la dénomination effective de radiation.

ARTICLE 11 : Prestations.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, il faut que le membre participant soit à jour de ses cotisations.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, est mentionné expressément dans les grilles des prestations figurant en annexe.

Un délai de carence de six mois en fonction des garanties peut être exigé avant de pouvoir bénéficier de tout ou partie des garanties. Pour les contrats responsables pendant ces délais de stage, la mutuelle ne prendra en charge que le ticket modérateur ou le prix limite de vente, selon les obligations de prise en charge relatives au contrat responsable, sur tous les soins (médecine, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, appareillage, cure thermale, transports) et le forfait journalier en cas d'hospitalisation médicale pour laquelle le régime obligatoire intervient.

Les frais de santé pris en charge par la Mutuelle sont en fonction de la garantie choisie par le membre participant à la prise d'effet de son adhésion.

Seuls sont pris en charge les frais de santé effectués postérieurement à la date d'adhésion du membre participant et de ses ayants droit.

Ces prestations complètent en partie ou en totalité suivant le contrat et suivant la législation en ce domaine le remboursement des frais de santé effectué par l'organisme obligatoire.

Par conséquent, les remboursements de la Mutuelle sont calculés sur la base des tarifs conventionnels en vigueur au moment de la date de soins et des nomenclatures générales.

Le remboursement des dépassements d'honoraires prévu dans les diverses grilles de prestations ne sera opéré que pour les dépassements générés à l'intérieur du parcours de soins en application de la récente réforme de la Protection Sociale.

Les prestations décrites dans la garantie sont exprimées en pourcentage du tarif conventionnel du régime obligatoire et tiennent compte du ticket modérateur, **en vigueur au jour de prise d'effet de l'adhésion** et dans le cadre des obligations légales énoncées par la récente réforme.

Les frais de santé non pris en charge par l'organisme obligatoire ne peuvent pas donner lieu à des remboursements de la part de la Mutuelle, excepté pour certaines prestations expressément décrites dans la garantie choisie au moment de l'adhésion.

Les prestations payées par la Mutuelle s'ajoutant à celles du régime obligatoire ne peuvent en aucun cas permettre au membre participant et à ses ayants droits de recevoir des sommes supérieures aux dépenses réellement engagées.

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels de santé dans le cadre du Tiers Payant.

Si le membre participant a avancé le montant du paiement de ses soins, les prestations garanties par la Mutuelle lui seront versées :

- Directement, après récupération par la mutuelle de l'information électronique auprès de l'organisme obligatoire ou sur présentation du décompte des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire.
- Sur présentation des pièces justificatives pour les autres prestations hors nomenclature et non pris en charge par le régime obligatoire (factures, notes d'honoraires acquittées etc...).

La Mutuelle est dans l'obligation de n'accepter que les documents originaux, ils ne pourront pas être restitués.

Les demandes de prestations devront sous peine de forclusion, être réclamées dans un délai maximal de deux ans à compter de la date du traitement du dossier par le régime obligatoire ou de l'évènement générateur de la prestation. Les pièces justificatives devront être transmises à la Mutuelle.

Après résiliation de la garantie pour quelque motif que ce soit, les demandes de prestations accompagnées de justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximal de deux mois à compter de la date d'effet de la radiation.

Dans tous les cas, aucune réclamation ne pourra être prise en compte au-delà d'un délai de un an.

Pour les garanties dites « responsables » :

Elles 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. Ainsi, les garanties prennent notamment en charge :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention (toutefois, la prise en charge n'est pas obligatoire, selon les conditions du contrat responsable, pour les frais de cure thermale, les médicaments remboursés à 15% et à 30% par la Sécurité sociale et les spécialités et préparations homéopathiques ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques). ;
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
- le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ni exclusion ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des plafonds et tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties dites « « responsables » peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Ces garanties dites « responsables » ne couvrent pas, conformément à l'article L.841-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application :

- La participation mentionnée au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale,
- La majoration du ticket modérateur à la charge des assurés et de leurs ayants droit, visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation, visée à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale, au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter,
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité Sociale,
- Tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes en application, ainsi que la cotisation forfaitaire de 1 euro.

En cas de modification des prestations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la Mutuelle.

Le détail des prestations par garantie figure en annexe 2 du présent règlement.

Soins à l'étranger

Les soins dispensés en urgence à l'étranger font l'objet d'une prise en charge dans les conditions légales.
Les soins programmés à l'étranger doivent faire l'objet d'une demande déposée auprès de la Mutuelle pour un accord préalable de prise en charge ; la Mutuelle vérifie et précise les conditions de remboursement et de prise en charge. A défaut de demande et d'accord expresse de la Mutuelle, les soins ne donnent lieu à aucune prise en charge par la Mutuelle.
Dans tous les cas, il ne sera procédé à aucun remboursement ni aucune prise en charge si l'adhérent ou son ayant-droit ne justifie pas auprès de la Mutuelle de la prise en charge préalable par le régime obligatoire compétent (régime de droit français ou du pays dans lequel ont été dispensés les soins, suivant accord international bilatéral).
La prise en charge des soins à l'étranger s'effectue dans la double limite du plafond de la quote-part Mutuelle si les soins avaient été dispensés en France, et des frais réellement engagés.

ARTICLE 12 : Modification de garantie.

La garantie souscrite au moment de l'adhésion est renouvelable chaque année par tacite reconduction.
Les demandes de modifications de garantie sont recevables jusqu'au 31 Janvier de l'année nouvelle.
Le membre participant devra signer un bulletin de modification de garantie.
Le changement de garantie est obligatoirement étendu à tous ses ayants droits.

ARTICLE 13 : Modifications de situation.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toutes les personnes à couvrir.
Il doit transmettre à la Mutuelle les mises à jour le concernant, lui et ses ayants droits : changement d'adresse, de compte bancaire, et tout autre évènement modifiant sa situation familiale.

Les nouveaux nés doivent être inscrits dans un délai d'un mois après leur naissance pour une prise en charge au jour de la naissance comprenant les frais obstétriques.
Passé ce délai d'inscription, la prise en charge interviendra le 1^{er} du moins suivant l'inscription pour les seuls évènements survenus à compter de cette date.

Dans le cadre des contrats collectifs, l'employeur ou la personne morale signataire du contrat collectif s'oblige à fournir à la Mutuelle la liste de tous les membres du groupe à garantir, et à transmettre tous les mois, les mises à jour concernant les nouvelles adhésions, les départs, les retraites, les modifications d'adresse ou de compte bancaire et tout évènement modifiant la composition familiale.

ARTICLE 14 Subrogation.

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droits contre des tiers responsables.
L'exercice de la subrogation intervient dans les conditions posées par l'article L 224-9 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 15 : Cessation des garanties.

Les garanties cessent pour le membre participant et ses ayants droits à la date d'effet de la radiation et dès qu'ils ne répondent plus aux conditions pour faire partie de la Mutuelle telles que définies aux articles 12 et 13 des statuts de la Mutuelle et de l'article 4 du présent règlement, sauf pour les soins antérieurs au changement de situation.
Le non-paiement des cotisations entraîne la suspension puis la radiation conformément à l'article 8 du règlement mutualiste.

ARTICLE 16 : Exclusion.

Les accidents liés à la pratique d'un sport professionnel ou aérien (parachute, deltaplane, planeur, aviation, saut à l'élastique), sauf dans le cadre des contrats responsables, ainsi que les frais de santé entrant dans le cadre de la législation des accidents du travail, sont exclus du champ d'application de la garantie.
En cas de guerre, de catastrophe naturelle, d'épidémie, les garanties prévues n'auront effet que dans le cadre des conditions déterminées par la législation en vigueur.

Pour les garanties répondant aux critères du « contrat responsable », conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et à ses textes d'application, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13, II et III du Code de la Sécurité Sociale ;
- La majoration de participation du membre participant ou ses ayant droits visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ainsi que des actes et prestations pour lesquels le membre participant n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

Les interdictions 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 textes d'application.

ARTICLE 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. 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.

ARTICLE 18 : Garanties prévoyance en inclusion.

Chaque garantie donne lieu à une allocation obsèques, couverte par la Mutuelle Générale de Prévoyance dont le siège social est sis 39 rue du Jourdil à CRAN-GEVRIER (74 960), immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660.

De même, chaque garantie intègre une couverture tout accident donnant lieu au versement forfaitaire d'une indemnisation d'hospitalisation en cas d'accident, également couverte par la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Les conditions d'octroi desdites garanties figurent au règlement mutualiste de la Mutuelle générale de prévoyance et en annexe 2 du présent règlement en fonction de chaque garantie principale.

ARTICLE 19 : Informatique et libertés.

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

DPO

Immeuble le Polaris – CAP SUD

375, rue Pierre Seghers

84000 AVIGNON

ou à l'adresse mail suivante : s.lalla@mutuelles-entis.fr

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

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 la réalisation de toute opération nécessaire à la gestion des prestations et des cotisations.

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 de sa relation avec les adhérents, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation adhérent (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- pour proposer des garanties complémentaires.

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).

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 de développement, les personnels en charge de traiter la relation adhérent, 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.

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.

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 par 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 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 la mutuelle le contacte pour lui proposer des garanties complémentaires.

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 Générale d'Avignon-Immeuble le Polaris, 375 rue Pierre Seghers- 84 000 AVIGNON s.lalla@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

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr>

ARTICLE 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'A.C.P.R. (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

ARTICLE 21 : -Réclamations et médiation

Article 21.1 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 Générale d'Avignon

Service réclamation
375, rue Pierre Seghers
Immeuble « le Polaris »
CAP SUD
84000 AVIGNON

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 des pièces complémentaires.

Article 21.2 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 Générale d'Avignon

Monsieur le médiateur
375, rue Pierre Seghers
Immeuble « le Polaris »
CAP SUD
84000 AVIGNON

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.