

Règlement Mutualiste

PARTIE II

Règlement des contrats soumis aux dispositions 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

CONTRATS LABELLISES

Pour les dispositions d'ordre général ou de fonctionnement applicables aux contrats labellisés ne figurant pas sous le présent titre, il convient de se référer aux dispositions précédentes, applicables par défaut.

Article 1er. 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 renouvelables 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.

Toute modification du contrat intervenant au cours de cette période est transmise au prestataire habilité qui vérifie que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites. Si elles ne le sont plus, le prestataire retire 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.

Article 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 ayants droit :
 - ♦ Le conjoint ;
 - ♦ Le concubin
 - ♦ 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 (et dans certains cas spécifiques 26 ans maximum), les enfants
 - ✓ qui poursuivent leurs études. Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité
 - ✓ qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC. Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une copie du contrat.

- ♦ Jusqu'à 26 ans pour les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire.
- ♦ les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un emploi. Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi
- ♦ 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 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 souscrite 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.

Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 8 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 8 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.
- Dans le cadre de campagnes promotionnelles, des réductions de cotisation peuvent être pratiquées pour un montant ou un pourcentage, ainsi que pour une période clairement définis et annoncée.

Article 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 suivant la réception de son dossier complet établi par la mutuelle – cotisation comprise – jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. 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).

Article 5. Montant ou taux de cotisations

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale. L'âge est obtenu par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

Les montants des cotisations et les tranches d'âges, les déterminants pour les garanties Label, Label1, Label2, Label3, Label4, IRIS La cotisation du membre participant ou de ses ayants droit 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 compte non tenu d'éventuelles pénalisations prévues à l'article 6 du présent règlement.

Le nombre d'enfants soumis à cotisation est de 2.

Le barème des cotisations figure en annexe.

Article 6. Majoration de cotisation

La cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction à la date du 8 novembre 2011 (date de publication du décret), lorsque l'adhésion intervient plus de deux ans après cette date.

Ce coefficient 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 postérieure à l'âge de trente ans, depuis la date la plus récente entre le 8 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 fixée par l'arrêté, égale à 2 % par année en l'état actuel de sa rédaction.

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 8 novembre 2011 et 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 labellisés.

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 de la mutuelle, devra transmettre à celle-ci le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration ou une attestation de non-majoration. La mutuelle lui appliquera le coefficient de majoration figurant sur le justificatif.

Article 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, ou des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires. En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations peut être modifié sur décision de l'assemblée générale ou du Conseil d'Administration suivant délégation consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

Même 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.

Article 8. Modalités de paiement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle établie par année civile. 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.

Article 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.

Article 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.

Article 11. Démission

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

Soit par email à l'adresse unique suivante : contact@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 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.

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.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité 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, couverture Maladie Universelle Complémentaire, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties (membre participant ou mutuelle) 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 résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation, à l'exception des résiliations pour CSS pour lesquelles la résiliation prendra effet à la date figurant sur l'attestation CSS. La mutuelle doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 12. Radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles ce présent règlement subordonne l'admission.

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 prévus 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 ses effets, dès paiement à la mutuelle de la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, des 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, des frais de poursuites et de recouvrement. Les soins relatifs à la période qui a été suspendue seront alors couverts par la mutuelle.

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.

Article 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. Toutes prestations qui auraient été servies pour des soins postérieurs à la date de cessation des garanties, y compris dans le cadre du tiers payant, devront être restituées par l'adhérent à la mutuelle.

La carte d'adhérent reste la propriété de la mutuelle, qui en demandera la restitution en cas de résiliation du contrat.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, la mutuelle lui transmet un justificatif de radiation 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, la mutuelle lui adresse une attestation de non-majoration.

Article 14. Prestations

Les garanties Label, Label 1, Label 2, Label 3, Label 4, et IRIS sont présentées en annexe du règlement mutualiste.

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. 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 thermique, 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 et une partie des prothèses dentaires et certaines aides auditives, dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties 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 (DEPTAM ou DEPTAM-CO).

Prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cadre des "contrats responsables", conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, les dépassements d'honoraires devront à minima respecter un plafond de 100% de la base de remboursement pour les médecins et prestataires non

adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DEPTAM ou DEPTAM-CO), et dans le même temps, devront être inférieur d'au moins 20% aux plafonds de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins et prestataires adhérant à l'un des *dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DEPTAM ou DEPTAM-CO)*.

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 ainsi que les franchises médicales mentionnées à l'article L160-13, II et III du Code de la Sécurité Sociale 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 dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations, pour les patients qui consultent certains médecins spécialistes sans prescription préalable de leur médecin traitant, et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, demeurent à la charge de l'assuré dans les conditions définies par décret.

Le détail de ces remboursements figure pour chaque garantie dans le tableau des prestations par garantie figurant en annexe.

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.

Article 15. Garanties prévoyance et d'assistance vie quotidienne 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 du présent règlement en fonction de chaque garantie principale.

Article 16. Tiers-payant

La carte remise à chaque adhérent permet le tiers payant avec certaines professions de santé.

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

Article 17. Modification des prestations par la mutuelle

Les prestations sont définies pour une période minimale d'un an.

Toute modification substantielle 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 18. Effets du retrait ou du non renouvellement du label

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les adhérents 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 adhérents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

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

Article 19. Changement de garantie demandé par le membre participant

Tout changement de garantie :

- peut être demandé à tout moment, après expiration d'un délai d'un an de souscription à la garantie en cours
- implique que l'adhérent bénéficie des dispositions de sa garantie antérieure jusqu'à la date d'effet de la nouvelle garantie,
- Est formalisé par un document-type (avenant) établi par la mutuelle et soumis à signature de l'adhérent.

Article 20. Paiement des prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations conformément à l'article 12 du présent règlement.

Les prestations garanties par la mutuelle sont versées par virement bancaire aux adhérents sur le compte qu'ils auront communiqué, ou aux professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Les Assurés sont tenus, pour bénéficier des Prestations, de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives selon le type de Prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du Membre participant. Avant ou après le paiement des Prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative, permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des Prestations, y compris après résiliation de l'Adhésion. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions de l'article « OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS ».

Le remboursement des prestations s'effectue, soit :

- ☐ Automatiquement, après récupération par la mutuelle de l'information électronique auprès de l'organisme gestionnaire du régime obligatoire dans le cadre de la procédure Noémie II,
- ☐ Sur présentation ou transmission du décompte des prestations en nature établi par ce même organisme lorsqu'il n'y a pas de convention Noémie II,
- ☐ Sur présentation ou transmission de toute autre pièce justificative (facture, note d'honoraire...) pour les actes non remboursés par le régime obligatoire ou sur demande précise de la mutuelle.

La mutuelle s'autorise à réclamer auprès des professionnels de santé ou du membre participant toute somme indûment versée dans le cadre du paiement de prestations.

Le délai de versement des prestations, afin de répondre au décret n°2022-388 du 17 mars 2022, la MGA s'engage de verser les remboursements de prestations en sa possession dans un délai maximum de 20 jours ouvrés.

Article 21. 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.

Article 22. Etendue territoriale des prestations

Les prestations réglées concernent les soins délivrés sur le territoire national.

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 23. Obligation 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 à la mutuelle de la part de l'adhérent.

Article 24. Principe indemnitaire et subrogation

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

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 d'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 correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 25. Prescription

Règlement Mutualiste des contrats labellisés - modifié et approuvé à l'Assemblée Générale du 15 mai 2025

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité SIREN N° 334 489 986

LEI 969500D5WKRVI0ZQ766

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 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 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 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, 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 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.

Article 27. Protection des données personnelles

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

MUTUELLE GENERALE D'AVIGNON

DPO

Immeuble le Polaris – CAP SUD

375, rue Pierre Seghers

84000 AVIGNON

ou à l'adresse mail suivante : dpo@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 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 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 ou 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

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

Article 29.-Réclamations et médiation

Article 29.1 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 :

Par courrier :

Mutuelle Générale d'Avignon

Service réclamation

375, rue Pierre Seghers - Immeuble « le Polaris »

CAP SUD

84000 AVIGNON

Par courriel :

contact@mutmga.fr

A compter de la date de réception 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 ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

Article 29.2 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 :

Par courrier :

M./Mme Le Médiateur

Groupe Entis Mutuelle

39, rue du Jourdil

CS 59029 Cran Gevrier

74991 ANNECY CEDEX 9

Par courriel :

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 90 jours suivant la réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les deux parties.

Article 30. Fraude

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchus 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 .