



MUTUELLE GENERALE d'AVIGNON

N° SIREN 334 489 986

N° LEI 969500D5WKRVE0ZQ766

Règlement Mutualiste

PARTIE I

Contrats individuels

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 sont les personnes physiques qui payent une cotisation et bénéficient des prestations assurées soit directement par la mutuelle, soit par les unions auxquelles la mutuelle est affiliée, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

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

- ♦ 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.

Règlement Mutualiste 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 969500D5WKRVE0ZQ766

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 ainsi que le diagnostic conseil établi conjointement avec le conseiller mutualiste

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.

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.

Le membre participant pour les opérations individuelles, peut 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 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 du présent règlement.

ARTICLE 8 : COTISATIONS VARIABLES

Conformément à l'article R212-9 du code de la mutualité, le montant maximal de cotisation ne peut être inférieur à une fois et demie le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

ARTICLE 9 : 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 restants 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.

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 10 : 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 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 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.

ARTICLE 11 : Changement d'option/de 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, départ en retraite, inscription de l'assuré ou de son conjoint à l'assurance chômage ..)

ARTICLE 12 : 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 9 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 13 : Prestations.

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

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 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.

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 thermique, 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 ou transmission des pièces justificatives pour les autres prestations hors nomenclature et non pris en charge par le régime obligatoire (factures, notes d'honoraires acquittées etc...).

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, par virement bancaire.

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 d'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 et une partie des prothèses dentaires et certaines aides auditives, 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 (DEPTAM ou DEPTAM-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,

Règlement Mutualiste 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 969500D5WKRVIEW0ZQ766

- 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 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 14 : 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 à tout moment après expiration d'un an de souscription à la garantie en cours.

Le membre participant devra signer un bulletin de modification de garantie (avenant)

Le changement de garantie est obligatoirement étendu à tous ses ayants droits.

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

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion 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.

ARTICLE 15 : 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 événement 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 obstétricaux.

Passé ce délai d'inscription, la prise en charge interviendra le 1^{er} du moins suivant l'inscription pour les seuls événements 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 événement modifiant la composition familiale.

ARTICLE 16 : Cas ouvrant droit à résiliation anticipée.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité, En outre, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession ou de 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 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'événement.

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 17 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 18 : 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 9 du règlement mutualiste.

ARTICLE 19 : 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 visés 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 20 : Prescription.

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

- en cas de réticence, omission, déclaration 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

Règlement Mutualiste 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 969500D5WKRVIE0ZQ766

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 21 : 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 du présent règlement en fonction de chaque garantie principale.

ARTICLE 22 : Informatique et libertés.

Le 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

Règlement Mutualiste 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 969500D5WKRVIEW0ZQ766

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- DPO - Immeuble le Polaris, 375 rue Pierre Seghers– 84 000 AVIGNON ou ou à l'adresse mail 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

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 23 : Autorité de contrôle.

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'A.C.P.R. (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

ARTICLE 24 : -Réclamations et médiation

Article 24.1 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

Par courriel :

contact@mutmg.fr

Règlement Mutualiste 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 969500D5WKRIVIE0ZQ766

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 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 24.2 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 25. 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 .