




Santé
Habitation
Automobile
Prévoyance

INSEE. N° 776 346 462

Règlement Mutualiste des Contrats "Frais de Santé"



Une mutuelle proche de vous !

Table des matières

PARTIE I : Conditions Générales des Contrats Responsables.....	5
Chapitre 1 - Objet du Règlement et Conditions d'Adhésion / Bénéficiaires / Règles du Régime	5
Article 1 : Objet du Règlement.....	5
Article 2 : Définitions.....	6
Article 3 : Bénéficiaires du contrat.....	7
Article 4 : Conditions d'adhésion et formalités.....	8
Article 5 - Garantie technique et financière du contrat.....	9
Chapitre 2 - Effet / Durée / Renonciation / Modifications / Dénonciation de l'Adhésion	9
Article 6 - Effet - Durée de l'adhésion	9
Article 6 bis - Délai de renonciation de l'adhésion en cas de démarchage.....	10
Article 7 - Modification des conditions de l'adhésion.....	10
Article 8 - Dénonciation de l'adhésion	11
Chapitre 3 – Garanties du Contrat - Définition - Étendue - Effet	13
Article 9 - Définition des garanties.....	13
Article 10 - Etendue des garanties	14
Article 11 - Risques exclus des garanties.....	16
Article 12 - Effet des garanties à l'adhésion - En cours d'adhésion - Délais d'attente.....	17
Article 13 - Modification des garanties en cours d'adhésion	17
Article 14 - Règlement des prestations - Délai de présentation - Réclamation	18
Article 15 - Paiement des prestations	20
Article 15 bis - Prestations indues.....	20
Chapitre 4 - Cotisations – Détermination – Paiement – Défaut de paiement	20
Article 16 - Détermination des cotisations - Règles Communes	20
Article 17 - Paiement des cotisations.....	22
Article 18 - Défaut de paiement des cotisations	22
Article 19 - Modification des cotisations / changement de tranche d'âge	22
Article 20 - Cotisations variables.....	23
CHAPITRE 5 - Cessation des droits aux Prestations garanties.....	23

Article 20 - Droit aux prestations garanties	23
Article 21 - Fin du droit aux prestations garanties	23
CHAPITRE 6 – Déclaration et engagement du membre participant.....	24
Article 22 - Obligations du membre participant.....	24
Article 23 - Déclaration d'accident - Subrogation - Récupération d'avance	24
Article 24 - Traitement des contestations.....	24
Article 25 - Pluralité d'assurance	25
CHAPITRE 7 – Contrôle et prescription	25
Article 26 - Contrôle	25
Article 27 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte du membre participant.....	25
Article 28 – Prescription et interruption	25
CHAPITRE 8 – Divers.....	26
Article 29 Protection des Données Personnelles	26
Article 30 - Interprétation	28
Article 31 – Réclamation et Médiation	28
Article 32 - Autorité chargée du contrôle	29
Article 33 : Réglementation relative à la Directive Distribution Assurance	29
PARTIE II : Conditions Générales des Contrats Labellisés	31
Article 1 – Objet	31
Article 2 - Personnel garanti et ayants droits.....	31
Article 3 - Conditions d'adhésion	31
Article 4 - Prise d'effet des garanties	32
Article 5 - Montant ou taux de cotisations.....	32
Article 6 - Conditions et modalités de modification des cotisations.....	32
Article 7 - Modalité de paiement des cotisations	32
Article 8 - Ouverture des droits.....	33
Article 9 - Suspension et remise en vigueur des garanties	33
Article 10 - Démission	33
Article 11 - Radiation.....	33

Article 12 - Conséquence de la cessation des garanties	33
Article 13 - Les prestations.....	34
Article 14 - Tiers-payant.....	35
Article 15 - Modification des prestations par la mutuelle	35
Article 16 - Effets du retrait ou du non renouvellement du label.....	35
Article 17 - Modification du choix de la garantie par le membre participant.....	36
Article 18 - Déclarations à faire auprès de la mutuelle pour le paiement des prestations.....	36
Article 19 - Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations.....	36
Article 20 - Etendue territoriale des prestations.....	36
Article 21 - Obligations d'information à la charge des membres participants.....	36
Article 22 - Cas ouvrant droit à résiliation anticipée.....	37
Article 23 - Principe indemnitaire et subrogation.....	37
Article 24 - Prescription.....	37
Article 25 - Loi applicable	38
Article 26 - Protection des Données Personnelles	38
Article 2 - Autorité de Contrôle.....	40
Article 29 : Réclamation	40
Article 30 : Médiation	41
Article 31 : Réglementation relative à la Directive Distribution Assurance	41
Article 32 : Fraudes	42

PARTIE I : Conditions Générales des Contrats Responsables

Préambule

Les conditions générales du Règlement Mutualiste et celles des documents qui lui sont annexées au titre des garanties subsidiaires :

- Sont subordonnées aux Statuts et au Règlement Intérieur de SANTE MUT ROANNE dont elles font partie intégrante avec le bulletin individuel d'adhésion du membre participant et de ses ayant droits,
- Définissent les droits et obligations contenus dans les engagements contractuels respectifs des membres participants personnes physiques et la Mutuelle, conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité,
- Correspondent aux opérations individuelles d'assurance complémentaire des « Frais de santé » bénéficiant d'une aide prévue à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale au titre des contrats complémentaires « Responsables ».

Chapitre 1 - Objet du Règlement et Conditions d'Adhésion / Bénéficiaires / Règles du Régime

Article 1 : Objet du Règlement

Le présent Règlement Mutualiste est régi par le Code de la Mutualité et répond aux exigences de l'article L.112-1 du même code. Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Ce règlement est adopté par l'Assemblée Générale de la Mutuelle SANTE MUT ROANNE sur proposition du Conseil d'Administration.

Il détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel complémentaire « Frais de santé », qui a pour objet de faire bénéficier les membres participants et leurs ayants droit éventuels, assurés sociaux, des remboursements de frais médicaux ou chirurgicaux, en complément des prestations en nature des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) français.

Ce contrat garantit également les dépenses de santé non prises en charge par l'un des régimes de l'AMO sous forme d'indemnités forfaitaires, expressément mentionnées dans le tableau descriptif des prestations remboursées par chaque garantie (annexé au présent règlement).

Aux prestations « *Frais de santé* » peuvent être incluses des prestations supplémentaires dont la nature est expressément mentionnée dans le tableau descriptif des prestations santé avec un renvoi à leur propre règlement ou notice.

Ce contrat et les garanties qui lui sont rattachées en vue des remboursements ou indemnités de « Frais de santé » satisfont aux dispositifs d'assurance maladie bénéficiant d'une aide prévue aux articles L.871-1 / R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale au titre des contrats complémentaires dits « responsables » (voir article 11).

La nature et l'étendue des prestations décrites aux articles 9 et 10 ci-après dépendent du choix effectué par le futur membre participant parmi les formules de garanties proposées.

Conformément à l'article L. 221-5 du Code de la Mutualité, toute modification du Règlement Mutualiste, tant en ce qui concerne les cotisations qu'en ce qui concerne les prestations (et ce aussi bien à la hausse qu'à la baisse) est portée à la connaissance des membres participants.

Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants.

En application de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La Mutuelle peut également souscrire des contrats collectifs à adhésion facultative auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, s'ils le souhaitent, de garanties supplémentaires. Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

Lorsque la Mutuelle présente des risques portés par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, elle agit comme intermédiaire d'assurance au sens de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité.

Article 2 : Définitions

Membre Participant : Est appelé « **membre participant** » toute personne physique, mentionnée et signataire du **bulletin individuel d'adhésion** qui, en acquittant les cotisations liées à son (ou ses) contrat(s) devient, au regard des Statuts et Règlement Intérieur, l'adhérent principal de la Mutuelle et « ouvrant droits » de ses bénéficiaires ou ayants droit. Il peut être aussi dénommé souscripteur principal du (ou des) contrat(s).

A.M.C. et A.M.O. : Assurance **Maladie Complémentaire** (auprès de tout organisme agréé offrant une garantie complémentaire contractuelle liée à un régime obligatoire) / Assurance **Maladie Obligatoire** (Régime Général de la Sécurité Sociale, Régime Agricole, Régime des Professions Indépendantes, et tous les Régimes Spéciaux définis par le Code de la Sécurité Sociale et prenant en charge les prestations, et les conditions liées, définies par ce code)

Assuré : Toute personne physique exposée aux risques et événements garantis par le régime et le (ou les) contrat(s).

Ayant droit : Toute personne physique définie par les Statuts et règlement(s) bénéficiant des garanties à la demande du membre participant.

Bénéficiaire : Membre participant et ayants droits inscrits sur le **bulletin individuel d'adhésion**, à l'origine ou lors des modifications actées par le membre participant, habilités à percevoir les prestations garanties par le (ou les) contrat(s) souscrit(s).

Contrat : Acte liant le membre participant et ses ayants droit avec la Mutuelle par la signature d'un **bulletin individuel d'adhésion**, indiquant la (ou les) garantie(s) souscrite(s), ses modalités et conditions d'application, la (ou les) cotisation(s) afférente(s) ainsi que la date de début et de fin, et conditions de renouvellement du (ou des) contrat(s).

Délai d'attente (ou stage) : Période contractuelle s'écoulant entre la date d'adhésion et la date de prise d'effet d'une ou plusieurs prestations de la garantie souscrite pendant laquelle les remboursements des

dites dépenses ou frais de santé occasionnés par une maladie, un accident ou évènement ne sont pas, ou partiellement, indemnisés.

Forfait : Participation financière de la garantie complémentaire souscrite par le membre participant, pour lui-même et ses ayants droit, au-delà des bases et remboursements du Régime de l'AMO.

Garantie : Formule de prestations d'une gamme de la Mutuelle souscrite et choisie lors de la signature du **bulletin individuel d'adhésion**, ou de modification de la garantie initiale, entre un membre participant et la Mutuelle.

Plafond de garantie : Limite maximum de participation, et conditions d'application et de périodicité de cette limite, apportée aux prestations pouvant être perçues par un bénéficiaire (ou famille) liées à la (ou les) garantie(s) souscrite(s).

T.B.R.O. ou T.B.S.S. : Tarif de Base du Régime Obligatoire ou de Sécurité Sociale applicable à toutes les garanties et gammes proposées comme engagement de remboursements par la Mutuelle SANTE MUT ROANNE opposables par la signature du **bulletin individuel d'adhésion** et respects des conditions d'ouvertures des droits.

Article 3 : Bénéficiaires du contrat

Peuvent demander à bénéficier du présent contrat, après signature d'un **bulletin individuel d'adhésion** et paiement des cotisations afférentes :

- Toute personne physique, active ou retraitée, âgée de 16 ans révolus, assurée sociale relevant de l'un des régimes obligatoires de l'assurance maladie (général, agricole, indépendants ou spéciaux) ; et après inscription sur le **bulletin individuel d'adhésion**, et ses ayants droit, à savoir :
- Son conjoint, concubin, ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité

Leur(s) enfant(s) à charge, jusqu'à 18 ans (année civile de cotisation), L.160-2 du code de la Sécurité Sociale comme ayant(s) droit ;

Leur(s) enfant(s) à charge, de 17 à 26 ans (année civile de cotisation), ayants droit des bénéficiaires (1er et 2° alinéa du présent article) ou sous leur immatriculation propre, poursuivant des études, apprentis, demandeur d'emploi, sans revenu ou dont le montant mensuel est inférieur à 50% du SMIC (justification de l'affiliation et du revenu ou de l'absence de revenu) ;

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

L'admission des ayants droit dans le régime est constatée par leur inscription au compte des bénéficiaires assurés sur le **bulletin individuel d'adhésion** du membre participant ou par la signature d'un **bulletin individuel d'adhésion** personnel par l'ayant droit.

Il appartient au membre participant de signaler à la Mutuelle tout événement ou toute situation nouvelle dès sa survenance, qui entraînerait la perte de la qualité d'ayant droit bénéficiaire. La Mutuelle se réserve le droit de demander tous justificatifs se rapportant à cette qualité. A défaut d'obtention de ceux-ci, dans un délai maximum de 1 mois à compter de la demande formulée expressément par la mutuelle, des mesures de radiation pourront être prononcées au regard des ayants-droits concernés.

Article 4 : Conditions d'adhésion et formalités

4.1 Contrats Individuels :

Conformément à l'article 7 des statuts de la Mutuelle, le membre participant titulaire de la garantie adhère librement en signant un **bulletin individuel d'adhésion**, après avoir pris connaissance du règlement mutualiste qui précise les conditions contractuelles.

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

La proposition d'adhésion n'engage ni le futur membre participant, ni la Mutuelle ; seul le **bulletin individuel d'adhésion** constate leur engagement réciproque.

Le calcul de l'âge du souscripteur à l'adhésion, ainsi que lors des modifications ultérieures, et/ou de ses ayants droit, est déterminé par différence de millésime entre l'année de la prise d'effet de l'adhésion (ou de son renouvellement annuel) et son année de naissance.

Garanties « Jeunes » : L'âge de l'adhésion ainsi que le bénéfice des garanties de la gamme « Jeunes », pour tous les bénéficiaires, est limité à **35 ans** (année civile de cotisation).

Garanties « Familles » : L'âge de l'adhésion, pour les garanties de la gamme « Familles » est, sauf acceptation différente de la Mutuelle -liée à la composition familiale- formulée par mention sur le **bulletin d'adhésion**, limité à **64 ans** (année civile de cotisation).

Garanties « Séniors » : En adhésion, et sauf acceptation différente de la Mutuelle -liée à la composition familiale formulée par mention sur le **bulletin d'adhésion**, la gamme « Séniors » devient obligatoire, en adhésion, à compter de **65 ans** (année civile de cotisation).

4.2 Contrats collectifs « Entreprises » :

Le membre participant et ses ayants droit, adhèrent 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 7 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 ou le dernier bulletin de salaire.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de « membre honoraire ».

Le bénéfice des garanties des contrats collectifs « Entreprises », à caractère facultatif, prend fin avec la perte de la qualité de salarié(e) de l'entreprise, ouvrant les droits à ce contrat, au plus tard le 31 décembre de l'année suivant le départ de l'entreprise.

Toutefois, si la perte de qualité de salarié(e) correspond à la mise à la retraite du bénéficiaire du contrat « entreprise », et s'il justifie d'une ancienneté supérieure à 24 mois, celui-ci pourra conserver, pour lui-même et ses ayants droit, le bénéfice d'un contrat « individuel entreprises » ou opter pour tout autre contrat de son choix.

4.3 Formalités :

La date d'effet de la demande d'adhésion, ou de modification, ne peut être fixée avant le lendemain du jour suivant sa réception par la Mutuelle, accompagnée de l'ensemble des justificatifs de situation sociale

nécessaires, exigés lors de la proposition d'adhésion, ou de modification, et du règlement de la première cotisation due, tels que mentionnés sur le **Bulletin individuel ou collectif d'adhésion, ou de modification**.

Toute demande d'adhésion incomplète aura sa date d'effet différée, dans les mêmes conditions, jusqu'à sa régularisation définitive pour remplir les conditions d'acceptation.

4.4 Carte d'adhérent :

A la prise d'effet du contrat, une carte d'adhérent est délivrée au membre participant, sur laquelle 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 d'ouverture et de fermeture des droits.

Elle est renouvelée par trimestre, semestre ou année suivant le mode de règlement de la cotisation.

Cette carte, propriété de la Mutuelle, doit lui être restituée en cas de perte de sa qualité de membre participant.

Toute utilisation frauduleuse expose le membre participant à des poursuites.

Dans le cas du paiement par prélèvement bancaire automatique sur compte, la carte mutualiste est délivrée d'avance par trimestre, semestre ou année.

Article 5 - Garantie technique et financière du contrat

Les prestations « **Frais de santé** » bénéficient de la garantie technique et financière de **SANTE MUT ROANNE**.

Les prestations supplémentaires incluses dans les garanties « **Frais de santé** » sont garanties directement par la Mutuelle ou par des contrats souscrits par elle auprès d'autres organismes ; ces prestations ou contrats sont soumis à renouvellement annuel par un vote de l'Assemblée Générale.

Chapitre 2 - Effet / Durée / Renonciation / Modifications / Dénonciation de l'Adhésion

Article 6 - Effet - Durée de l'adhésion

Après acceptation et signature du **bulletin individuel d'adhésion**, ou de modification, la Mutuelle remettra, dans les formes et conditions légales, au nouveau membre participant :

- Une copie, signée par la Mutuelle, du **bulletin individuel d'adhésion**, ou de modification,
- Un exemplaire des conditions de la garantie choisie,
- Sa carte mutualiste (cf article 4.4) indiquant les coordonnées du contrat signé ainsi que celles des bénéficiaires garantis par le contrat et permettant l'accès au système de tiers payant,
- Un exemplaire du présent règlement mutualiste décrivant ses droits et obligations contractuelles, accompagné d'un exemplaire des Statuts et du Règlement Intérieur de la Mutuelle (hormis le cas où ils auraient déjà été remis au membre participant, au titre d'une adhésion à un autre contrat garanti par la Mutuelle),
- L'IPID, préalablement à la souscription de cette dernière.

L'engagement contractuel du membre participant prend effet à la date indiquée sur le bulletin individuel d'adhésion. Sauf mention expresse contraire portée par la Mutuelle, elle est fixée au plus tôt le lendemain de la date qui suit la réception de la demande d'adhésion.

Après remise de l'exemplaire signé du **bulletin individuel d'adhésion** à la Mutuelle et le règlement de la première cotisation, le signataire acquiert la qualité de membre participant et de bénéficiaire des garanties, ainsi que ses ayants-droits éventuels.

Toute adhésion est souscrite pour la durée minimale d'une année civile (1^{er} janvier au 31 décembre) dans la garantie initialement choisie.

Dans le cas d'une adhésion en cours d'année, cette durée est prolongée jusqu'au 31 décembre de l'année suivant les 12 mois de la durée minimale de toute adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement à compter du 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Article 6 bis - Délai de renonciation de l'adhésion en cas de démarchage

En cas de démarchage dans les conditions de l'article L221-18 du code de la consommation, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires (y compris dimanches et jours fériés) à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prolongé au premier jour ouvrable suivant.

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

L'exercice de ce délai de rétraction s'effectuera sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle proposé ci-dessous.

Article 7 - Modification des conditions de l'adhésion

Le membre participant s'engage à signifier à la Mutuelle, dès leur survenance, les modifications qui interviendraient dans les conditions de son adhésion, et notamment celles concernant les changements d'adresse, de situation familiale ou professionnelle des bénéficiaires des garanties et du changement de leur situation sociale au regard des régimes obligatoires d'assurance maladie maternité.

Tout changement d'adresse, de compte bancaire, ou autre événement modifiant la situation ou composition familiale ou sociale du membre participant ou des ayants droit, doit être signalé à la Mutuelle le plus rapidement possible dans le mois qui suit la modification.

Les modifications apportées par la Mutuelle au présent règlement ou aux garanties définies par le **bulletin individuel d'adhésion**, sont notifiées au membre participant, et sont applicables immédiatement.

Toutes demandes de modification de garantie, supérieures ou inférieures à effet du 1^{er} janvier suivant, doivent être formulées et reçues à la Mutuelle par courrier recommandé 15 jours francs, au moins, avant la fin de l'année civile en cours (date du cachet de la poste). Le membre participant devra, obligatoirement, signer un **bulletin de modification** de sa garantie. Le changement de garantie est obligatoirement étendu à tous ses ayants droit.

Les demandes de modification de garantie, supérieures ou inférieures, en cours d'année peuvent être acceptées par la Mutuelle à effet du 1^{er} jour du mois suivant la demande formulée et reçue à la Mutuelle par courrier recommandé 10 jours francs, au moins, avant la date d'effet choisie (date du cachet de la poste), sous la double condition suivante :

- Une ancienneté dans la garantie de départ supérieure à 12 mois
- Aucune rectification des remboursements sur les prestations dont la date de soins et de traitements sont antérieures à la date d'effet de la nouvelle garantie.

L'acceptation de la modification de garantie est à la seule appréciation de la Mutuelle sous 5 jours ouvrés à compter de la réception de la demande.

Les délais de carence exigibles s'appliquent à toute modification de garantie supérieure, sauf si le membre participant justifie de 12 mois minimum d'ancienneté dans une garantie inférieure.

Article 8 - Dénonciation de l'adhésion

8.1 La dénonciation, ou demande de résiliation, à l'initiative du membre participant

1°) Résiliation « Loi Châtel »

Elle doit être opérée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à 2 mois avant l'expiration de l'adhésion fixée au 31 décembre de chaque année civile, par lettre recommandée avec accusé de réception, et signifiée au siège social de la Mutuelle (date du cachet de la poste), conformément aux dispositions de l'article L 221-10-1 du Code de la Mutualité ci-dessous :

« Pour les adhésions à tacite reconduction relative à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

*Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose **d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis** pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.*

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal. » (Article créé par l'article 3 de la Loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur)

2°) Résiliation à l'échéance annuelle/ infra annuelle

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre

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

- Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle, à l'adresse suivante :

SANTE MUT ROANNE
14, Rue Roger Salengro
42 300 ROANNE

- Soit par email à l'adresse unique suivante : santemut-contact@mutuellederoanne.fr

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

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

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

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

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

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

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

8.2 La dénonciation à l'initiative de la Mutuelle est prononcée :

- En cas de non-paiement des cotisations selon les conditions et les effets prévus à l'article 18 du présent règlement,
- En cas de nullité de l'adhésion selon les conditions et les effets prévus à l'article 27 du présent règlement,
- En cas d'exclusion selon les dispositions et conditions prévues à l'article 10 des Statuts.

8.3 Lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement du présent règlement ne sont plus remplies

Lorsque l'objet de la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure, d'un des événements ci-dessous, ne se retrouve pas dans la situation nouvelle, il peut être mis fin au contrat en cours par chacune des parties au 1^{er} jour du mois suivant la notification de l'évènement (cf. art. L.221-10 et L.221-17 du code de la mutualité) :

- contrat collectif à caractère obligatoire en entreprise (sur justification et selon les conditions de l'application des lois Evin et Fillon), pour les personnes obligatoirement garanties par ce contrat
- changement de domicile lié au changement de situation, régime matrimonial ou de profession, dont la nouvelle situation entraîne une modification tarifaire,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification tarifaire.

La fin de l'adhésion, ou résiliation, ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation ne peut prendre effet avant le mois suivant à réception de sa notification, dûment accompagnée de toutes pièces justificatives attestant de l'un des événements ci-dessus énumérés.

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

Toute demande de résiliation anticipée incomplète aura sa date d'effet différée, dans les mêmes conditions, jusqu'à sa régularisation définitive pour remplir les conditions d'acceptation.

La Mutuelle rembourse au membre participant 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. Le membre participant ne doit pas d'indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés. Les conditions d'application des dispositions qui précèdent, et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés, est retenue comme point de départ de la résiliation, sont fixées par décret.

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

Pour toute résiliation, un certificat de radiation est délivré par la Mutuelle au membre participant, à jour de cotisation, dans un délai maximum de 2 mois à partir de la date d'effet.

Pour les radiations admises en cours d'année par les statuts et le présent règlement, le certificat de radiation est délivré selon les mêmes délais sous réserve de la restitution de la carte d'adhérent à la Mutuelle.

Chapitre 3 – Garanties du Contrat - Définition - Étendue - Effet

Article 9 - Définition des garanties

Les garanties ont pour objet :

9.1 De rembourser tout ou partie des dépenses de santé des bénéficiaires des garanties restant à charge de ceux-ci, en assurant la couverture des frais de soins médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, des honoraires des praticiens, des analyses et examens de laboratoires, des prothèses et des appareillages, dentaires, optiques, appréciés sur la base des remboursements du régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), et après indemnisation par ce dernier.

Les taux de remboursement du régime de l'AMO et les tarifs pris en compte selon les actes, sont ceux applicables à la date de dispense des actes ou d'exécution des soins.

9.2 De prendre en charge, le cas échéant, et pour les actes mentionnés au tableau de la formule de garantie (annexé au présent règlement) sur les bases définies précédemment, tout ou partie des dépenses de santé ne donnant pas lieu à une indemnisation du régime de l'AMO.

9.3 D'attribuer des prestations supplémentaires aux remboursements des frais de santé, liées à un événement de la vie, tels que les frais funéraires ou une assistance médicale en cas de survenance d'un accident ou d'une maladie (réserve faite que la mention de ces prestations supplémentaires figure expressément au descriptif de la formule de garantie santé retenue par le membre participant).

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité ne peuvent excéder le montant restant à charge des bénéficiaires des garanties, après les remboursements de toute nature auxquels ils peuvent prétendre.

Les garanties sont soumises à la réglementation sur les contrats responsables visée 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 (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 tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé,
- Sont également incluses les séances de consultations de psychologues conformément à l'article L162-58 Code de la Sécurité sociale et le forfait patient urgences conformément à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale

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 (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Les 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.

Article 10 - Etendue des garanties

10.1 Nature et niveau des garanties

- a) Formules de garanties Individuelles (L'ensemble des garanties sont proposées par gammes)**
- Gammes « **Jeunes** » : 5 niveaux de garanties modulées et classées de 1 à 5, selon les conditions et dispositions fixées par l'article 4 du présent règlement, nommées : PREM'S / PLUS / PRIM / PRO / PACK.
 - Gamme « **Familles** » : 5 niveaux de garanties modulées et classées de 1 à 5, selon les conditions et dispositions fixées par l'article 4 du présent règlement, nommées : PREM'S / PLUS / PRIM / PRO / PACK.
 - Gamme « **Séniors** » : 5 niveaux de garanties modulées et classées de 1 à 5, selon les conditions et dispositions fixées par l'article 4 du présent règlement, nommées : PREM'S / PLUS / PRIM / PRO / PACK.
 - Gamme « SOLIDARITE NEW »
 - Gamme HOSPIT
 - Gamme dites « **Anciennes** : NEW et COMPFAM » sur 2 niveaux, créées à la naissance de la Mutuelle, et non diffusées depuis la création des gammes spécifiques ci-dessus détaillées, ni en adhésion ni en modification, à l'exception des membres participants ayant plus de 15 années d'ancienneté à la Mutuelle.
 - Gammes « EHPAD »
 - Gammes « TNS »

b) Formules de garanties collectives, à caractère facultatif ou obligatoire :

- Gamme « **Entreprises** » : 5 niveaux, selon les conditions et dispositions fixées par l'article 4 du présent règlement, nommées : Essentiel / Efficience / Evolution / Energie / Excellence.
- Gamme « **Mutuelles de Village** » : 4 niveaux, selon les conditions et dispositions fixées par l'article 4 du présent règlement, nommées : SANTEPRIM / SANTEPLUS / SANTEPRO / SANTEPACK.

L'ensemble des garanties sont établies selon un contrat de groupe entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle SANTE MUT ROANNE et selon la convention signée entre les parties, et dans la limite d'appartenance salariée à l'entreprise ou de résidence dans la commune ouvrant le bénéfice du contrat (cf. l'article 4, ci-dessus, du présent règlement, alinéa des « contrats collectifs »)

La nature, le niveau et le montant des prestations de la formule de garantie souscrite par le membre participant sont décrits dans le(s) tableau(x) des garanties annexé(s) au bulletin individuel d'adhésion du membre participant.

Sauf acceptation de la Mutuelle formulée par mention sur son bulletin d'adhésion, le membre participant et ses ayants-droits bénéficiaires ne peuvent retenir qu'une seule et même formule de garanties pour l'ensemble des membres de la famille, bénéficiaires des garanties.

Pour chaque formule de garanties de base sont adjointes, selon le niveau de garantie, des participations forfaitaires plafonnées, en montant ou pourcentage, qui assurent un niveau supérieur de prise en charge.

Dépassements d'honoraires en hospitalisation :

Elles s'ajoutent aux remboursements prévus des honoraires des praticiens en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité un pourcentage supplémentaire à la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Dépassements supplémentaires d'honoraires ou actes privés :

Elles s'ajoutent aux remboursements prévus des honoraires en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité, consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de spécialité, actes d'imagerie, soins et actes dentaires à la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Médecines douces ou non remboursées par l'AMO : Est prévue une participation forfaitaire de la Mutuelle pour des actes autorisés effectués par des praticiens diplômés habilités à exercer leur discipline dans le cadre de médecines reconnues, telles que définies dans le descriptif de la garantie.

Forfaits Dentaires et Optiques supplémentaires : Sont prévues des prestations supplémentaires, décrites au descriptif des garanties en complément des prestations dentaires et optiques de la garantie, sur ces mêmes postes de prestations.

Participations sur les chambres individuelles, (en hospitalisation, séjours spécialisés et maternité) : Sont prévues des participations supplémentaires, définies au descriptif de la garantie choisie, en complément des hospitalisations, séjours spécialisés et maternité de la garantie, sur ces mêmes postes de prestations.

Participation supplémentaire sur prothèses médicales diverses (capillaires, mammaires, oculaires...) : Est prévue une participation en pourcentage du tarif de base de la sécurité sociale, tel qu'indiqué à l'article 9-1 du présent règlement, et défini au descriptif de la garantie choisie.

Garanties supplémentaires subsidiaires en inclusion aux garanties « Frais de santé » : Des prestations supplémentaires peuvent être incluses dans les prestations « Frais de santé » de la formule de garanties. La mention de leur inclusion figure expressément au tableau des garanties souscrites avec mention du règlement mutualiste ou du contrat spécifique qui les régit.

10.2 Etendue territoriale des garanties - soins hors de France

Les garanties « **Frais de santé** » s'entendent en complément aux prestations en nature du régime français de protection sociale obligatoire et pour des soins prescrits ou exécutés en France et hors de France. Pour les soins prescrits et exécutés hors de France, leur prise en charge est effectuée par la Mutuelle en référence à la nomenclature générale de la Sécurité Sociale française. Pour les actes hors nomenclature, leur prise en charge et leur remboursement restent soumis à une entente préalable de la Mutuelle.

Article 11 - Risques exclus des garanties

Les garanties accordées en vue du remboursement ou d'indemnisation de « **Frais de santé** » satisfont aux dispositifs d'assurance maladie bénéficiant d'une aide prévue aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale au titre des **contrats complémentaires dits « responsables »**.

A ce titre, elles :

11.1 Excluent la prise en charge de :

- **La participation forfaitaire de l'assuré sur les consultations et actes médicaux définie à l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité Sociale**
- **La franchise annuelle définie à l'article L.322-2 - III laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestations et produits de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :**
 - a) **Médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation**
 - b) **Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation**
 - c) **Transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.**
- **La majoration de participation appliquée par l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.) à l'assuré en application**
 - a) **De l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, lorsqu'il consulte un médecin en secteur libéral ou un médecin spécialiste hospitalier sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier**
 - b) **De l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale, lorsque le patient n'autorise pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical et à le compléter à effet du 1er janvier 2008.**

Les dépassements d'honoraires que sont autorisés à pratiquer, en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, les médecins relevant de certaines spécialités sur le tarif des actes techniques et cliniques pour les patients qui les consultent sans prescription médicale de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins.

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 décrets d'application.

Les garanties ne prévoient pas d'exclusion pour toutes les prestations soumises à une obligation de prise en charge minima, telle que prévue par les dispositions de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale au **titre des contrats complémentaires dits « responsables »**.

Mais demeurent néanmoins exclus de toutes les garanties :

Les prescriptions, les actes, les soins, les pratiques médicales, non-inscrits à la nomenclature du régime obligatoire de protection sociale, et d'une manière générale, les dépenses de santé non prises en charge par ledit régime, sauf si elles sont expressément mentionnées au tableau des garanties souscrites

Les prescriptions, les actes de soins, les dépenses, les événements antérieurs à la date d'acquisition de la qualité d'assuré au titre du régime

Les dépenses de soins non directement liées à une maladie, un accident ou une maternité non prise en charge par l'AMO.

Article 12 - Effet des garanties à l'adhésion - En cours d'adhésion - Délais d'attente

Dans les dispositions qui précèdent et celles qui suivent, par accident, il faut entendre « toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle, de la part du membre participant ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure qui a entraîné des lésions nécessitant des soins de santé ».

Lors de l'adhésion du membre participant et des bénéficiaires, la prise d'effet des garanties sera **immédiate ou différée par un ou des délais d'attente** (cf. Art. 2).

Sauf mention expresse contraire qui viendrait à être portée par la Mutuelle sur le **bulletin individuel d'adhésion** du membre participant, **lors de l'adhésion, la prise d'effet des garanties est :**

- ***Immédiate pour tout membre participant pouvant justifier d'une couverture santé équivalente de moins de 2 mois. La non application de ce délai de carence s'applique à l'ensemble des personnes couvertes. La notion de couverture équivalente reste à l'appréciation de la Mutuelle.***
- ***Après un stage de 6 mois pour les personnes ne pouvant pas justifier d'une couverture équivalente de moins de 2 mois. Pendant cette période de stage, la couverture se limitera aux garanties minimales des contrats responsables***
- ***Après un stage de 9 mois pour les prestations natalité et décès.***
- ***Ces délais de stage ne s'appliquent pas en cas d'accident comme défini plus haut.***

Article 13 - Modification des garanties en cours d'adhésion

La formulation des garanties choisie lors de son adhésion à la Mutuelle par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile (1^{er} janvier au 31 décembre) de l'adhésion ou de son renouvellement annuel.

Toute demande de modification de garantie, *sous réserve que le demandeur soit à jour de ses cotisations et que les délais d'attente pour bénéficier des garanties soient accomplis*, supérieures ou inférieures à effet du 1^{er} janvier suivant, devra être formulées et reçues à la Mutuelle par courrier recommandé 10 jours francs, au moins, avant la fin de l'année civile en cours (date du cachet de la poste). Le membre participant devra, obligatoirement, signer un **bulletin de modification** de sa garantie. Le changement de garantie est obligatoirement étendu à tous ses ayants droit.

Toutefois, les demandes de modification de garantie, supérieures ou inférieures, en cours d'année peuvent être acceptées par la Mutuelle avec effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande formulée et reçue à la Mutuelle par courrier recommandé 10 jours francs (date du cachet de la poste), au moins, avant la date fixée au 1^{er} jour du mois suivant, et sous la double condition suivante :

- Une ancienneté dans la garantie de départ au moins égale à 12 mois
- Aucune rectification des remboursements sur les prestations dont la date de soins et de traitements sont antérieures à la date d'effet de la nouvelle garantie, et sous réserve des limites et plafonds de la nouvelle garantie.
- Par contre, le membre participant de l'une des garanties de la gamme « **Jeunes** » peut solliciter une migration de sa garantie en cours d'année uniquement dans l'éventualité d'une grossesse, selon la même procédure de demande stipulée au paragraphe précédent à l'exception que cette demande peut être formulée jusqu'à 2 mois après la naissance de l'enfant avec effet rétroactif, et sous la double condition suivante :

- La migration du contrat vers une garantie de la gamme « **Familles** » de même niveau que celle de la gamme « **Jeunes** »,
- L'application des délais d'attente prévus à l'article précédent sont accomplis à la date de survenance de la modification.

L'acceptation de la modification de garantie en cours d'année, mentionnée dans les 2 cas ci-dessus, est laissée à la seule appréciation de la Mutuelle, sous un délai maximum de 5 jours ouvrés à compter de la date de réception de la demande, ce délai de réflexion n'intervenant pas dans le calcul du délai de 10 jours fixé avant la date d'effet du mois suivant.

A défaut d'accord de l'adhérent sur les conditions des nouvelles garanties et cotisations fixées par la Mutuelle, la formule de garanties en cours continuera à produire ses effets dans les conditions normales de durée de l'adhésion jusqu'au 31 décembre minimum.

Les délais de carence exigibles s'appliquent à toute modification de garantie supérieure, sauf si le membre participant justifie de 12 mois minimum d'ancienneté dans la garantie antérieure.

L'Assemblée Générale peut décider, dans le respect de l'application des conditions statutaires, de modifier les garanties et/ou leurs montants garantis.

Ces modifications sont quant à elles applicables dès leur notification aux membres participants.

En cas de modification des garanties 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.

Article 14 - Règlement des prestations - Délai de présentation - Réclamation

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

Les frais de santé pris en charge par la Mutuelle sont 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.

Les remboursements de la Mutuelle sont calculés sur la base des tarifs conventionnels en vigueur au moment de la date des soins et des nomenclatures générales (NGAP ou CCAM).

Les prestations décrites dans les garanties 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.

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

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, sous réserve du délai de carence ci-dessus détaillé à l'article 12-2

a) Pièces justificatives

Le règlement des prestations est effectué par la Mutuelle sur présentation des pièces justificatives suivantes :

a.1 Pour les dépenses de santé restant à charge après intervention du régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- Soins médicaux et chirurgicaux : l'original du décompte de remboursement du régime de l'AMO et, éventuellement, les notes d'honoraires des praticiens ainsi que les prises en charge établies par la Mutuelle ;
- Frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale : l'original du décompte de remboursement du régime de l'AMO, les factures détaillées acquittées ainsi que les prises en charge établies par la Mutuelle ;
- Frais d'appareillage : l'original du décompte de remboursement du régime de l'AMO et les factures acquittées ;
- Frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale, ou maternité : l'original de la facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait hospitalier journalier...), ainsi que les frais d'accompagnant de l'enfant hospitalisé, assuré comme ayant droit sur le contrat de l'accompagnant (l'original de la facture détaillée et acquittée accompagné du bulletin de situation) ;
- Cures thermales : l'original du décompte de remboursement du régime de l'AMO et les factures détaillées et acquittées (hébergement, traitement thermal...).

a.2 Pour la prise en charge, le cas échéant, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime de l'AMO :

- Toutes pièces justificatives attestant de la réalisation d'actes de santé et de leur montant effectués par des praticiens qualifiés, titulaires d'un diplôme mentionnant leur formation spécifique, et délivré par un établissement de formation agréé par le Ministre chargé de la Santé dans des conditions fixées par décret (article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), dont le remboursement est demandé ;
- Les prescriptions valides, et/ou les factures détaillées et acquittées concernant l'achat de fournitures médicales.

a.3 Pour les prothèses dentaires non remboursables par l'AMO, dites « Hors Nomenclature (HN) » :

- La facture acquittée, accompagnée du descriptif détaillé des travaux effectués
- La copie de la prise en charge établie par la Mutuelle

a.4 Pour le service des prestations liées à un événement :

- Justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation
- Forfait accouchement ou adoption : l'acte de naissance ou d'adoption.
- Frais d'obsèques : l'acte de décès, la facture acquittée des frais de sépulture, éventuellement un certificat d'hérité lorsque le bénéficiaire n'est pas le conjoint déclaré.

Les pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations peuvent toutefois être transmises directement à la Mutuelle par le régime de l'AMO dans le cas d'existence de la procédure de traitement informatisé des décomptes de soins (procédure NOÉMIE) ou par les établissements et praticiens de santé dans le cadre des procédures dites de Tiers Payant.

La Mutuelle peut exiger toute pièce justificative de soins ou actes qu'elle estime nécessaire pour procéder aux remboursements et mandater un médecin-conseil auprès des praticiens traitants, en vue d'apporter la preuve qu'il ne s'agit pas de soins relatifs à des risques exclus des garanties.

b) Délai de présentation des demandes de remboursements

Les demandes de remboursement des prestations doivent, sous peine de forclusion, être effectuées :

- **Dans le délai maximum de 2 ans** à compter de la date de remboursement effective des soins par l'AMO relevant du a-1) ci-dessus détaillé,
- **Dans le délai maximum de 2 ans** à compter de la date effective des soins, actes et prescriptions pour tous les forfaits liés à un évènement sans participation de l'AMO relevant du a-2) a-3) et a-4) ci-dessus détaillés.

c) Réclamations

Les dossiers de dépenses remboursées sont définitivement archivés 12 mois après leur paiement ; aucune recherche les concernant au titre d'une réclamation ne sera effectuée au-delà de ce délai.

Article 15 - Paiement des prestations

Le règlement des prestations est effectué par la Mutuelle au membre participant figurant en tant que souscripteur du bulletin individuel d'adhésion et par virement bancaire.

Sauf refus express de leur part, les ayants droit du membre participant de plus de 16 ans, bénéficiaires des garanties peuvent percevoir à titre personnel les prestations.

Toutefois, le membre participant peut habilitier, sur sa demande expresse, l'un ou les bénéficiaire(s) des garanties ou un tiers à percevoir les prestations.

Le règlement des prestations peut également s'effectuer par la procédure de tiers payant directement au profit des praticiens de santé ou des centres de santé.

Article 15 bis - Prestations indues

En cas de versement indu d'une prestation, la Mutuelle peut récupérer l'indu correspondant auprès du membre participant et/ou du bénéficiaire assuré, sous réserve qu'il n'en conteste pas son caractère indu, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre d'une dispense d'avance des frais dite de Tiers Payant, par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir.

Chapitre 4 - Cotisations – Détermination – Paiement – Défaut de paiement

Article 16 - Détermination des cotisations - Règles Communes

Les cotisations sont fixées annuellement par l'Assemblée Générale, en séance plénière, ou par délégation au conseil d'administration et ratifiées annuellement par l'Assemblée Générale suivante.

Elles sont établies par gammes de garanties et, sauf dérogations spéciales, dues pour l'année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre.

En cas de décès de l'un des bénéficiaires de la garantie, la modification tarifaire ne peut intervenir avant le 1^{er} jour du mois suivant la signification de l'évènement.

Les cotisations annuelles afférentes aux différentes gammes de garanties, individuelles ou collectives, sont exprimées en Euros.

Elles sont établies par le Conseil d'Administration sur mandat de l'Assemblée Générale, d'après les bases suivantes :

- L'âge des bénéficiaires, selon les tranches d'âges suivantes :
 - a) Première tranche unique de 00 à 10 ans
 - b) Deuxième tranche unique de 11 à 16 ans

- c) Par évolution annuelle de 17 à 80 ans,
- d) Troisième tranche unique à compter de 80 ans.
- La garantie choisie, selon les gammes suivantes :
 - a) « **Jeunes** », sans enfants, de 16 à 35 ans maximum,
 - b) « **Familles** », de 36 à 64 ans en adhésion,
 - c) « **Séniors** », à compter de 65 ans en adhésion,
 - d) « **Entreprises** », selon contrats collectifs à caractère facultatifs ou obligatoires mis en place.
- La composition familiale, sur la base de 2 adultes et, 2 enfants payants au maximum
- L'âge au moment de l'adhésion
- L'ancienneté de l'adhérent dans la Mutuelle.

Au plus tard au mois de novembre, un appel de cotisations pour l'année suivante est adressé à chaque membre participant, conformément aux dispositions prévues par la loi Châtel n° 2005-67 du 28/10/2005.

Les cotisations sont révisables chaque année, et réactualisées en fonction des éléments suivants :

- Nouvelles mesures conventionnelles législatives qui modifient les prestations en nature du régime obligatoire
- Causes extérieures qui modifient le risque
- Evolutions annuelles des dépenses santé
- Equilibre des charges de prestations et de gestion technique par rapport aux cotisations encaissées au cours d'une même année civile.

L'âge de chacun des bénéficiaires assurés est déterminé par différence de millésime entre l'année de cotisation appelée et l'année de naissance.

Pour l'ensemble des garanties, la cotisation « enfant » est applicable sur les 2 premiers enfants à charge au sens de l'AMO ; la gratuité est assurée à compter du 3^{ème} enfant.

Pour l'application d'un tarif réduit « enfant » et de la gratuité « enfant », sont considérés « enfants » et ayants droit du membre participant :

- Tous les enfants jusqu'au 31 décembre de leur 16^{ème} anniversaire,
- Les ayants droit de 17 à 26 ans, scolarisés, étudiants, apprentis ou situations similaires, sans revenu ou d'un montant inférieur à 50 % du SMIC (cf article 3).

A ces cotisations de base s'ajoutent les cotisations spéciales auprès des organismes techniques ou supérieurs ; cotisations dont le montant et les modalités sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

La cotisation intègre également la taxe de contribution au fonds de financement de complémentaire santé solidaire (C2S).

La cotisation peut également intégrer tout autre supplément qui pourrait être décidé par l'Assemblée Générale.

Concernant les opérations collectives, le montant des cotisations fait l'objet de négociations avec la personne morale souscriptrice ; les cotisations ainsi négociées sont portées à la connaissance de l'assemblée générale pour ratification.

« En cas d'adhésion ou de résiliation en cours de mois, les cotisations sont calculées prorata temporis. Le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée à partir de la date d'effet du contrat et jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. »

Article 17 - Paiement des cotisations

Le montant de la cotisation est annuel. Il est payable d'avance par fractionnement :

- Par prélèvement automatique mensuel, trimestriel ou semestriel sur compte bancaire ou postal ;
- Par chèque ou carte bancaire, ou espèces, au trimestre, semestre ou année.

La périodicité et les modalités du règlement des cotisations sont précisées au bulletin individuel d'adhésion du membre participant.

Article 18 - Défaut de paiement des cotisations

18.1 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les **10 jours** de l'échéance, et indépendamment du droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue **trente jours** après la signification par courrier normal du non-paiement au membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Lors de la signification de non-paiement, le membre participant est informé que ses garanties sont susceptibles d'être résiliées **10 jours** après l'expiration du délai de **trente jours** prévus à l'alinéa précédent.

18.2 Paiement des cotisations avant la résiliation

En cas de paiement avant la date de résiliation des cotisations arriérées et de celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement des frais de poursuite et de recouvrement, l'adhésion reprend effet à midi le lendemain du jour du paiement, sous réserve d'une décision contraire de la Mutuelle.

Article 19 - Modification des cotisations / changement de tranche d'âge

19.1 En cours d'année, le montant de la cotisation peut être modifié selon les évènements familiaux suivants :

- Naissance, adoption ou regroupement familial : la cotisation sera modifiée au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement conformément à l'application des dispositions du présent règlement,

- Séparation, divorce ou autre cause familiale : la cotisation sera modifiée au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement, mais l'éclatement familial entraînera obligatoirement une adhésion complémentaire pour le conjoint séparé, divorcé ou autre, selon la nouvelle composition familiale et conformément à l'application du contrat initial et des dispositions du présent règlement,
- Décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit : la cotisation ne pourra être modifiée avant le 1^{er} jour du mois suivant l'évènement.

19.2 La Mutuelle peut réévaluer, sur décision de l'Assemblée Générale, le montant des cotisations notamment en fonction des résultats techniques du régime et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

En outre, en cas de modification des niveaux de remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie, la Mutuelle peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations. 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.

19.3 Le montant des cotisations peut évoluer en raison du changement de tranche d'âge de chacun des assurés. Le changement d'âge est appliqué au 1er janvier d'un exercice.

Article 20 - 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.

CHAPITRE 5 - Cessation des droits aux Prestations garanties

Article 20 - Droit aux prestations garanties

Une fois que les conditions d'adhésion et d'ouverture des droits aux prestations sont remplies, l'adhésion est viagère en contrepartie du paiement régulier des cotisations par le membre participant dans les 10 jours suivant l'échéance figurant sur l'avis d'appel des cotisations.

Article 21 - Fin du droit aux prestations garanties

La fin des droits aux prestations garanties intervient :

- Lorsque le membre participant et/ou les bénéficiaires ne remplissent plus les conditions du champ de recrutement du présent règlement et/ou les conditions d'ouverture des droits aux prestations ;
- En cas d'exclusion du membre participant prononcée dans les termes de l'article 10 des statuts ;
- En cas de dénonciation de l'adhésion par le membre participant au 31 décembre de l'exercice considéré dans les termes prévus à l'article 8 du présent règlement ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation par le membre participant tel que prévu à l'article 18 du présent règlement.

La date de fin des droits aux prestations garanties entraîne la cessation des garanties pour les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident survenu postérieurement à la date d'effet de la fin des garanties.

La Mutuelle reste engagée pour les dépenses consécutives à des soins prescrits et exécutés avant la date d'effet de la démission, radiation ou exclusion, sous réserve que leur liquidation soit demandée dans les 2 ans de leur exécution.

CHAPITRE 6 – Déclaration et engagement du membre participant

Article 22 - Obligations du membre participant

Le membre participant s'engage tant pour son compte que pour celui des bénéficiaires des garanties, à informer la Mutuelle, par écrit et dès leur survenance, de tout changement qui interviendrait dans la situation d'un bénéficiaire de l'adhésion (statut – domicile - par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de régime obligatoire d'assurance maladie.

A l'appui des changements de situation suivants, le membre participant devra informer la Mutuelle :

- De toute demande de prestation faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (Article 23) ;
- Lorsqu'il bénéficie d'une autre garantie de même nature que celle assurée par le présent régime (Article 25) ;

Et à :

- Régler à la Mutuelle les cotisations ou fractions de cotisations selon la périodicité et modalités fixées au présent régime (Article 18) et sur son bulletin individuel d'adhésion ;
- Restituer sa carte de membre participant et de Tiers Payant à la Mutuelle, lorsqu'il ne peut plus prétendre au bénéfice des garanties. Toute utilisation abusive de celle-ci expose son auteur à des poursuites.

Article 23 - Déclaration d'accident - Subrogation - Récupération d'avance

23.1 Déclaration d'accident - Subrogation

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 10 jours à la Mutuelle, sans formalisme particulier. La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due 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. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

23.2 Récupération d'avance

Lorsqu'elle fait l'avance de prestations d'assurance maladie à un tiers avec lequel elle est liée par convention, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre bénéficiaire à l'égard de l'organisme d'assurance maladie auquel il est affilié.

Article 24 - Traitement des contestations

Dans le cas où la Mutuelle viendrait à contester les décomptes de prestations établis par les régimes obligatoires d'assurance, elle se réserve la faculté de réclamer aux organismes concernés la fraction des prestations indûment mises à sa charge. La Mutuelle est alors subrogée de plein droit au membre

bénéficiaire assuré ayant bénéficié de la prise en charge. Dans le cas où la Mutuelle ne pourrait obtenir des organismes d'assurance maladie ou d'un autre tiers responsable, le remboursement de leur part dans les frais engagés, au motif que l'intéressé n'a pas ou n'a plus le droit aux prestations, le membre bénéficiaire assuré est tenu de rembourser sans délai à la Mutuelle le montant des sommes qu'elle aurait dû normalement recevoir de ces organismes.

Article 25 - Pluralité d'assurance

Conformément aux dispositions d'ordre public applicables en la matière, si le membre participant souscrit auprès de plusieurs assureurs des contrats ayant un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à la Mutuelle connaissance des autres couvertures. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

CHAPITRE 7 – Contrôle et prescription

Article 26 - Contrôle

La Mutuelle peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits sur l'adhésion ou lors d'une demande de prestation par le membre participant et les bénéficiaires des garanties.

Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

Article 27 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte du membre participant

27.1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion. Le membre participant est déchu de tout droit aux garanties.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la Mutuelle en poursuit le recouvrement.

27.2 Omission ou déclaration inexacte du membre participant

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant.

A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue au membre participant, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 28 – Prescription et interruption

28.1 Prescription

Tous droits et actions dérivant du présent régime se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, réserve faite des dispositions des articles 14.2 et 14.3 du présent règlement pour les prestations.

Toutefois, ce délai court :

- a) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, à compter du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- b) En cas de réalisation du risque, à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;**
- c) Lorsque le membre participant (ou son ayant droit) est mineur ou incapable majeur, à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.**

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

28.2 Interruption de la prescription :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, commandement, reconnaissance de droit du bénéficiaire) 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.**

CHAPITRE 8 – Divers

Article 29 Protection des Données Personnelles

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

Entis 39 rue du Jourdil 74 960 Cran-Gevrier ou l'adresse suivante dpo@mutuelles-entis.fr

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

Finalité des traitements de données

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

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

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

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

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

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

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

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

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix. Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment. Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

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

- Les personnes intéressées au contrat

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

- Les personnes intervenantes au contrat

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

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

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

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

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.

Les droits du membre participant

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

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

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

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

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : Sante Mut Roanne – 14, rue Roger Salengro 42300 ROANNE 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

Article 30 - Interprétation

Dans le cadre du présent régime, les statuts, le règlement intérieur, le(s) règlement(s) mutualiste(s), le bulletin individuel d'adhésion sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 31 – Réclamation et Médiation

31.1 Réclamation

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 :

Santé Mut Roanne
Service réclamation
14, rue Roger Salengro
42300 ROANNE

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.

31.2 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 :

Monsieur Nicolas Dumont
Médiateur
39 rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER
Ou par mail à l'adresse suivante : 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 de la réclamation.

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 2 parties.

Article 32 - Autorité chargée du contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle administratif de :

AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION (ACPR) - 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 33 : Réglementation relative à la Directive Distribution Assurance

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

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,

- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

PARTIE II : Conditions Générales des Contrats Labellisés

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, dits contrats labellisés.

Garanties : « **Apollo LAB** », « **Ariane LAB** » et « **Saturne LAB** »

Article 1 – Objet

Le contrat labellisé est un contrat à adhésion individuelle facultative. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans 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.

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 :

- a) 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.
- b) Leurs ayants-droits :
 - Le conjoint,
 - Le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil.
 - Les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - Les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :
 - Les enfants de moins de 26 ans, étudiant,
 - Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité.
 - Les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un premier emploi. Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi.

Article 3 - Conditions d'adhésion

Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.

Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.

Le souscripteur devra fournir à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.

Article 4 - Prise d'effet des garanties

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

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

Article 5 - Montant ou taux de cotisations

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

Le montant des cotisations et les tranches d'âges les déterminant sont précisés en annexe 1.

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

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

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

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle.

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

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

Article 6 - Conditions et modalités de modification des cotisations

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

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

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

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

Article 7 - Modalité de paiement des cotisations

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

(mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, les frais forfaitaires par opération sont, éventuellement, ajoutés au montant prélevé.

Article 8 - 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 9 - 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 10 - Démission

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

Article 11 - Radiation

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

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

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

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

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

Article 12 - 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.

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

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

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

Article 13 - Les prestations

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2.

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

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

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

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

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

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

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

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

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

Liste disponible auprès de la mutuelle.

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

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

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

Conformément à la réglementation sur les contrats responsables visée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, 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 (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 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 (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

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 applicables et notamment de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

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

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

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

Article 14 - Tiers-payant

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

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

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

Article 15 - Modification des prestations par la mutuelle

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

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

Article 16 - Effets du retrait ou du non renouvellement du label

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

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

Article 17 - Modification du choix de la garantie par le membre participant

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

Article 18 - Déclarations à faire auprès de la mutuelle pour le paiement des prestations

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

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

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

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

Le délai de versement des prestations versées par la mutuelle est de trois semaines à compter de la date de réception des documents et informations nécessaires à leurs versements (quel que soit le mode de réception de ces informations).

Article 19 - Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

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

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

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

Article 20 - Etendue territoriale des prestations

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

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

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

Article 21 - Obligations d'information à la charge des membres participants

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

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

Article 22 - Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

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

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

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

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

Article 23 - Principe indemnitaire et subrogation

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

Toutefois, la mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droits victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droits leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

Article 24 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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 mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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 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 25 - 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 26 - Protection des Données Personnelles

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

Entis 39 rue du Jourdil 74 960 Cran-Gevrier ou l'adresse suivante dpo@mutuelles-entis.fr

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

Finalité des traitements de données

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

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

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

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

- L'élaboration des statistiques et études actuarielles.
- La mise en place d'actions de prévention.

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

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

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix. Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

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

Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

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

- Les personnes intéressées au contrat

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

- Les personnes intervenantes au contrat

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

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

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

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

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.

Les droits du membre participant

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

- L'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données).
- La rectification des informations inexacts le concernant (droit de rectifier et compléter).

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

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

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

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : Santé Mut Roanne – 14, rue Roger Salengro 42300 Roanne 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

Article 2 - Autorité de Contrôle

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

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 29 : Réclamation

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 :

Santé Mut Roanne
Service réclamation
14, rue Roger Salengro
42300 ROANNE

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 30 : Médiation

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

Monsieur Nicolas Dumont
Médiateur
39 rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER

Ou par mail à l'adresse suivante : 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 de la réclamation.

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 2 parties.

Article 31 : Réglementation relative à la Directive Distribution Assurance

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

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,

- Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

Article 32 : Fraudes

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.