

MUTUELLE DE SAINT-JUNIEN

REGLEMENT MUTUALISTE

Article Préliminaire : Extrait de l'avenant à la convention de substitution – conséquences du retrait d'agrément

« En application de l'article L.211-5 du code de la Mutualité, Harmonie Mutuelle, mutuelle du livre II du Code de la mutualité dont le siège social se situe au 143 rue Blomet 75015 Paris, se substitue intégralement à la Mutuelle de Saint Junien pour l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par cette dernière ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relativement aux risques apportés, tels que ces risques sont définis dans le règlement mutualiste de la Mutuelle de Saint Junien. »

« Harmonie Mutuelle donne à la Mutuelle de Saint Junien sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels. »

Si l'agrément accordé à Harmonie Mutuelle lui est retiré, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Chapitre I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques entre, d'une part, la Mutuelle et, d'autre part ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents) qui ont souscrit à titre individuel une garantie de frais de santé.

Il est également complété de descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit.

Article 2 Risques couverts

La garantie individuelle de frais de santé a pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de garanties autres que des garanties santé, conformément aux dispositions du chapitre III du présent règlement.

Article 3 Adhésion à la Mutuelle

3.1 Modalités d'adhésion

Toute personne couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français peut adhérer à la Mutuelle, pour elle-même et/ou ses ayants droit (tels que définis à l'article 3.2), en signant un bulletin d'adhésion.

L'adhérent s'engage à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites. La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par les descriptifs de la garantie choisie, par la notice d'information de la garantie d'assistance.

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- l'adhérent ;
- les ayants droit de l'adhérent : sont ayants droit, les personnes désignées par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent être ayants droit :

- son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20ème anniversaire ou son 28ème anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;

- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

3.3 Garantie des enfants ayants droit de l'adhérent

La garantie des enfants ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'un des parents et, est identique pour tous les enfants.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion

Sauf date expressément prévue au bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

3.5 Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

Article 4 Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 10.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

| Bénéficiaires | Date d'effet de la modification |
|---|--|
| Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption | Au jour de réception de la demande, sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet le 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande. |
| Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité | Au jour de la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet le 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande. |
| Autres bénéficiaires | Au jour de la demande. |

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au jour de la réception de leur demande par la Mutuelle.

4.3 Évolution de la garantie et du règlement mutualiste à l'initiative de la Mutuelle

Conformément aux statuts, le présent règlement et la garantie peuvent être modifiés par le conseil d'administration. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 5 Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

5.1 À l'initiative de l'adhérent

5.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation avant le 31 octobre de l'année selon les modalités prévues à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir au choix de l'adhérent :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;

- soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par un acte extrajudiciaire.
- soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication;
- soit par tout autre moyen prévu par le règlement

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation.

La demande de résiliation, ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin à la garantie en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

| Motif de la demande de résiliation | Date d'effet de la résiliation |
|---|---|
| Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent | La résiliation prend effet le lendemain de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au jour de réception de la demande. |
| Attribution de la Complémentaire santé solidaire à l'adhérent | La résiliation prend effet au jour de survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au jour de réception de la demande. |
| Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire | |
| Décès de l'adhérent | La résiliation prend effet au jour du décès. |

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un adhérent peut demander la radiation d'un ayant droit en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

| Motif de la demande de radiation | Date d'effet de la radiation |
|---|---|
| Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit | La radiation prend effet le lendemain de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au jour de réception de la demande. |
| Attribution de la Complémentaire santé solidaire à l'ayant droit | La radiation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. |
| Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire | |

| | |
|------------------------|---|
| | Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au jour de réception de la demande. |
| Décès de l'ayant droit | La radiation prend effet au jour du décès. |
| Divorce ou séparation | La radiation prend effet au jour de réception de la demande. |

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

5.1.4 Résiliation infra annuelle

L'adhérent peut mettre fin à la garantie sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent règlement mutualiste selon les conditions et modalités définies à l'article L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la Mutualité.

Le support de résiliation peut être au choix de l'adhérent :

- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège ou chez le représentant de la mutuelle ;
- un acte judiciaire ;
- lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le règlement.

La mutuelle atteste par écrit la réception de la notification de résiliation.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

5.2 À l'initiative de la Mutuelle

5.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier la garantie en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 12.3.

5.2.2 Nullité, exclusion et fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Peut être exclu dans les conditions définies à l'article « Exclusion » des statuts :

- l'adhérent ou un de ses ayants droit qui aura, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou aura omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité,
- ainsi que tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

La demande de résiliation entraîne la cessation des prestations – y compris de la garantie d'assistance incluse telle que définie au chapitre III.

Chapitre II : GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 6 Cadre général

6.1 Contrats solidaires et responsables

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

6.2 Date d'entrée en vigueur de la garantie

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 12.

6.3 Base de remboursement

Le montant des prestations dépend des niveaux de garantie choisie par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit. Il est indiqué au descriptif de la garantie transmis à l'adhésion. Les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de la Mutuelle sont indiqués à titre informatif. La Mutuelle ne peut en effet s'engager que sur sa participation.

Sauf autres dispositions indiquées aux descriptifs de la garantie, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif de la garantie, avant la modification.

6.4 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

6.5 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

6.6 Limitation de prise en charge en cas de non respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

6.7 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;

- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Article 7 Versement des prestations

7.1 Règlement des prestations

7.1.1 Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le descriptif de garantie remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

7.1.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine complémentaire telle que définie dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (2) ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

⁽¹⁾ Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)

- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

⁽²⁾ Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

7.1.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin traitant.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux

originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

7.1.4 Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

7.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le régime obligatoire.

Chapitre III : GARANTIES ASSISTANCE

Article 8 Garanties assistance

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie assistance.

La garantie d'assistance de base a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 – 44121 Vertou Cedex – numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Chapitre IV : COTISATIONS

Article 9 Détermination et mode de calcul de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie, du lieu d'habitation de l'adhérent, du régime d'Assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties (âge calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance - 1).

La cotisation varie avec l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de chaque année.

Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

Le nouveau montant de la cotisation, liée à la modification de l'adresse de l'adhérent, prendra effet au jour de la réception par la Mutuelle du courrier l'informant du changement d'adresse.

Article 10 Évolution de la cotisation

La cotisation est ajustée, chaque année, à effet du 1^{er} janvier par le conseil d'administration, notamment en fonction des résultats constatés, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé et des modifications d'ordre législatives ou conventionnelles.

À titre exceptionnel, la cotisation peut également être modifiée en cours d'année par le conseil d'administration.

Article 11 Paiement de la cotisation

11.1 Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion.

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

11.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

11.3 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau : le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ; à défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

12 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

En fonction de leurs revenus, certains adhérents ou leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une réduction de cotisation appelée « Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » dont les conditions d'attribution et les montants sont déterminés par les pouvoirs publics. Pour bénéficier de cette réduction, il faut souscrire une des offres sélectionnées dans le cadre de la mise en concurrence prévue par l'article L.863-6 du Code de la sécurité sociale.

Le présent règlement mutualiste ne fait pas partie des offres éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Chapitre V : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent règlement.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite des descriptifs de la garantie choisie et dans le respect des obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

13.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions 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 engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

13.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle. À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées suite à cet accident.

Article 14 Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court : en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ; en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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, 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 ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 15 Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du contrat, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante :

Service Médiation
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15
Mail : mediation@mutualite.fr

Article 16 Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants-droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
- son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;

- le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenés à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail mutuelledesaintjunien@gmail.com ou par courrier postal adressé à Mutuelle de Saint-Junien – Service DPO – 27 rue Lucien Dumas 87200 Saint-Junien.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL. 3 place de Fontenoy-TSA 80715 – 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

Article 17 Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Article 18 Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest CS 92459 75 436 Paris cedex 09.