

MUTUELLE DE FRANCE ALPES DU SUD

Soumise au livre II du code de la Mutualité.

Inscrite sous le n° SIREN 782 416 127

REGLEMENT MUTUALISTE 1

Le présent règlement, régi par le code de la Mutualité et par les dispositions statutaires, fixe les rapports entre la Mutuelle et ses adhérents. L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

ARTICLE 1. Objet

Le membre participant et ses ayants droit, tels que définis à l'article 7 des statuts de la Mutuelle, bénéficient en adhérant à la Mutuelle d'un régime de couverture de dommages corporels liés à la maladie tel que défini par le Code de la mutualité et des prestations prévues par la garantie choisie.

Le membre honoraire, tel que défini à l'article 7 des statuts de la Mutuelle, ne peut prétendre en adhérant à la Mutuelle au bénéfice des prestations.

ARTICLE 2. Adhésion

Conformément à l'article 8 des statuts, toute personne souhaitant adhérer en tant que membre participant reçoit un bulletin d'adhésion, les statuts de la Mutuelle, le présent règlement, la fiche de garantie accompagnée de la fiche IPID. Au bulletin d'adhésion rempli et signé, doivent être joints :

- la fiche d'informations et devoir de conseil, signée aux deux endroits prévus,
- une photocopie de l'attestation d'ouverture de droits à un régime obligatoire et le cas échéant celle des bénéficiaires, à jour.
- une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité, et le cas échéant celle des bénéficiaires. Si l'adhésion est réalisée à distance, une 2ème pièce d'identité doit être fournie.
- un justificatif de domicile.
- un relevé d'identité bancaire (pour le versement des prestations),
- un mandat SEPA ainsi qu'un RIB si ce dernier est différent du précédent et si le mode de règlement est le prélèvement,
- Si le payeur du contrat n'est pas le même que le souscripteur du contrat, il devra également fournir une photocopie de la pièce d'identité du payeur en cours de validité ainsi qu'une autorisation écrite du payeur,
- le cas échéant, une photocopie de l'extrait K bis ou des statuts de l'entreprise,
- en cas d'adhésion à une offre « agents territoriaux ou hospitaliers », toute forme de justificatif mentionnant l'employeur.
- Le cas échéant le certificat de radiation (à retourner au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion).
- pour les enfants de plus de 20 ans bénéficiaires du contrat complémentaire santé : soit un certificat de scolarité, soit la copie de la carte d'étudiant, soit la copie du contrat d'apprentissage ou de formation par alternance, soit une attestation de Pôle Emploi (cas particulier des enfants à charge), soit une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant n'a pas d'activité rémunérée (salaire ou indemnité), soit le titre de pension d'invalidité (si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80%).

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du présent règlement. La Mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur. Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'adhésion, et la date d'effet du contrat ;
- les bénéficiaires du contrat ;
- les conditions d'entrée en vigueur de la garantie ;
- le montant des cotisations ;
- les garanties et éventuelles options choisies.

Est annexé au bulletin d'adhésion, le détail des prestations figurant au contrat.

Une fois l'adhésion signée, elle prendra effet à la date choisie lors de l'adhésion, sous réserve du délai fixé par décret en Conseil d'Etat (article L.221-4 du Code de la mutualité).

Pour les travailleurs non-salariés pouvant prétendre au dispositif de déductibilité fiscale dit « Loi MADELIN », l'adhésion à la Mutuelle emportera l'adhésion à l'association ANDPI. La cotisation à l'ANDPI est incluse dans la cotisation de la Mutuelle.

L'adhésion à l'Association se matérialise à la signature du bulletin d'adhésion par une case à cocher et le texte suivant : « Certifie avoir reçu et pris connaissance des statuts de l'association ANDPI ». Si l'adhérent résilie son contrat, ou ne peut plus demeurer dans le groupe assuré en raison d'un changement dans sa situation, son adhésion à l'ANDPI cessera immédiatement. La cotisation appelée au titre de l'année de la perte de la qualité de membre adhérent reste acquise à l'Association conformément à ses statuts.

ARTICLE 3. Personnes couvertes

Sont couverts par la Mutuelle les assurés sociaux, leur conjoint, leur concubin, leurs enfants à charge et leurs ayants droit appréciés suivant les dispositions des régimes obligatoires (article 7 des statuts). Les ayants droit attachés à un membre participant bénéficient de la même garantie que celui-ci. Sous réserve de produire les justificatifs (article 2), l'enfant à charge est couvert jusqu'au 31 décembre de l'année de son 28ème anniversaire. Pour les ayants droit des agents des collectivités territoriales, se référer au règlement spécifique (RM 3).

ARTICLE 4. Cotisations

Les cotisations sont établies par année civile et payables d'avance.

Une facilité de paiement peut être accordée par fractionnement de ce montant (payable d'avance) :

- Par mois ou par trimestre ou par semestre par prélèvement automatique sur compte bancaire du membre participant,
- Par mois ou par trimestre ou par semestre pour tout autre mode de paiement.

Les cotisations sont fonction de :

- L'âge lors de l'adhésion (l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'adhérent).
- La composition familiale,
- La garantie complémentaire choisie,
- En cas de contrat collectif obligatoire ou pour les agents territoriaux, des termes de ce contrat.

Les cotisations sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

- Evolution des dépenses de santé enregistrées par la Mutuelle au cours de l'année civile écoulée.
- Lorsque le cadre d'intervention et les règles de gestion de la Mutuelle se trouvent modifiés à la suite de nouvelles dispositions législatives et réglementaires.
- Lorsque le risque se trouve aggravé par une cause extérieure ou par de nouvelles dispositions conventionnelles modifiant les prestations du régime obligatoire.
- Pour tous autres motifs valablement adoptés par l'assemblée générale.

Un appel de cotisation présentant les cotisations de l'année à venir est envoyé avant la fin de chaque année civile.

ARTICLE 5. Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation dans les 60 jours de l'engagement prévu au bulletin d'adhésion, une relance informe le membre participant du non-paiement. Une deuxième relance est adressée le 3e mois du trimestre si aucun règlement de la cotisation n'est intervenu depuis. Une mise en demeure est adressée dix jours après la seconde relance. Dix jours après ce terme, si les arriérés n'ont pas été réglés, la garantie se trouvera résiliée, le solde des cotisations et les frais restant exigibles. En outre, la Mutuelle peut demander en justice l'exécution de l'engagement contractuel. La radiation du membre participant entraîne celle de ses ayants droit.

ARTICLE 6. Défaut de paiement des prestations

A défaut de paiement des prestations par la Mutuelle alors que tous les documents en rapport à la prestations ont été fournis conformément aux dispositions de l'article 13, sauf cas de force majeure, et trente jours après une mise en demeure par pli recommandé, le membre participant pourra résilier le contrat et engager des poursuites pour réparer le préjudice subi.

ARTICLE 7. Changement de garantie

Les demandes de changement doivent être adressées par écrit. La demande ne peut intervenir avant les 12 premiers mois de votre adhésion ou modification de garantie.

Le membre participant peut demander à changer de garantie en cours d'année en cas de modification de sa situation familiale, professionnelle ou de couverture maladie obligatoire. Un changement de garantie peut intervenir une fois par an, en cours d'année, vers une garantie supérieure ou inférieure, par la signature d'un nouveau contrat. Dans ce cas, la nouvelle garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la demande et reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels. Cette date constitue le point de départ de la période éventuelle de carence à accomplir. En tout état de cause, les soins antérieurs ou en cours (hospitalisation, dentaire, optique etc) ne peuvent bénéficier de ce changement de garantie supérieure.

En cas de difficulté financière avérée et justifiée, les membres participants peuvent demander un changement de garantie en cours d'année, vers une garantie inférieure à leur contrat. La nouvelle garantie reprendra l'antériorité de la consommation des forfaits et plafonds annuels.

Le changement de la garantie de base est obligatoirement étendu à tous les ayants droit du membre participant.

ARTICLE 8. Durée et effet de la garantie

Lors de l'adhésion, la date d'effet de la garantie est choisie par le membre participant. Elle peut être effective au début du mois en cours si elle est signée avant le 15 du mois ou au premier jour du mois suivant si elle est signée après le 15 du mois. La garantie est renouvelable annuellement, par tacite reconduction, sauf demande de révision ou dénonciation par l'une des parties, selon les modalités de l'article 7.

En application de la Loi Châtel N°2005-67 du 28 janvier 2005: « Pour les adhésions à tacite reconduction relatives 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. ».

ARTICLE 9. Démission, résiliation, renonciation

9.1. Renonciation

En cas de commercialisation dans le cadre de la vente à distance : conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité, l'adhérent dispose d'un droit de renonciation qui peut être exercé dans les quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure.

Dans le respect de ce délai, il pourra procéder à la renonciation de ce contrat par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté.

• En cas de commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail : conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Elle peut mettre en oeuvre ce droit par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Afin d'exercer ce droit de renonciation, l'adhérent doit adresser sa demande à l'adresse suivante : Mutuelle de France Alpes du Sud - 16 Avenue des Arcades BP 2 - 04201 SISTERON Cedex.

Exemple de lettre type de renonciation : « Je soussigné (nom prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro de contrat) à la Mutuelle. (Date et signature de l'adhérent). »

• En cas de commercialisation dans le cadre de la vente hors établissement : conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la consommation, l'Adhérent dispose d'un droit de rétractation dans un délai de quatorze jours à compter de la signature du contrat. Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai qui commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation, selon que le membre participant a adhéré dans le cadre d'un démarchage à domicile ou d'une vente à distance rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

9.2. Renouvellement, Résiliation

Toute adhésion est souscrite pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf résiliation :

- à la date d'échéance, Dans ce cas, le membre participant peut demander la résiliation avant le 31 octobre de chaque année. La résiliation ne peut prendre effet que si la totalité de la cotisation due a bien été acquittée.

- dans les conditions de la loi Châtel prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité,

- en cours d'année en cas de changement de situation personnelle de l'adhérent en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité.

Dans ce cas, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

- à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande.

La notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre (au 16 avenue des Arcades – BP 2 – 04201 SISTERON Cedex) ou tout autre support durable (ex : email à contact@mfas.fr) ;

- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans nos agences ;

- Soit par acte extrajudiciaire.

9.3. Conséquences de la renonciation/résiliation

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou renonciation.

L'utilisation de la carte de tiers payant pendant une période de suspension ou après une radiation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices soufferts, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, le membre participant radié pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre), sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

L'adhérent 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, la mutuelle rembourse 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.

ARTICLE 10. Subrogation, recours

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et à ses ayants droit victimes d'un accident dans leur 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, 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.

ARTICLE 11. Obligations du membre participant

Le membre participant s'oblige à indiquer, pour chaque personne à garantir, l'état civil, l'adresse, le régime obligatoire, les coordonnées bancaires et à transmettre immédiatement à la Mutuelle toute modification de ces éléments et de tout événement modifiant la composition de sa famille.

ARTICLE 12. Cessation des garanties

Les garanties énumérées à l'article 16 du présent règlement cessent pour le membre participant et ses ayants droit dans les cas suivants :

- A la date d'effet de la radiation lorsque le membre participant ou ses ayants droit ne répondent plus aux conditions pour faire partie de la Mutuelle telles que définies à l'article 3 du présent règlement, sauf pour les soins antérieurs au changement de situation ;
- Pour non-paiement des cotisations conformément à l'article 5 du présent règlement ;
- En cas de démission, résiliation conformément à l'article 9 du présent règlement.

ARTICLE 13. Prestations

Les conditions à remplir pour percevoir les prestations et bénéficier des avantages de la Mutuelle sont :

- Etre assuré social (droits ouverts) ;
- Etre à jour de ses cotisations ;
- Ne pas être en période de carence à la date du début des soins ou de toute autre prestation demandée.

13-1 : FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS D'HOSPITALISATION

Pour la prise en charge hospitalière en établissement conventionné (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) : le membre participant, son ayant droit ou l'établissement doit adresser à la mutuelle sa demande de prise en charge afin qu'elle lui délivre une prise en charge évitant ainsi l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120€ et forfait journalier hospitalier.

La demande de prise en charge comporte les informations suivantes :

- n° FINESS
- code discipline médico-tarifaire (DMT)
- fax/mail de l'établissement
- bénéficiaire concerné
- date d'entrée de l'hospitalisation.

Pour le règlement, le malade ou son représentant devra présenter par mail, courrier ou directement en agence de la Mutuelle les pièces suivantes :

- Un bulletin de situation (qui sera également transmis à la prévoyance le cas échéant). Pour les dépassements d'honoraires en chirurgie ou médecine, le membre participant ou son ayant droit soumet à la mutuelle l'original de la facture détaillée et acquittée par l'établissement concernant les actes avec dépassements d'honoraires (bordereau AMC).
- Les documents correspondant à l'ouverture des droits du régime obligatoire ; éventuellement en cas d'accident, les coordonnées de l'assurance du tiers.

La Mutuelle se réserve le droit de refuser les prises en charge aux mutualistes non en règle avec leur organisme de base ou non à jour de leurs cotisations mutualistes.

13-2 : DELAI DE CARENCE

Le droit aux prestations est ouvert dès l'adhésion :

- A tous les adhérents à jour de leurs cotisations, à l'exclusion des garanties non responsables pour les plus de 60 ans.
- Pour les garanties collectives dites Obligatoires, pour la CSS ;

Pour les nouveaux membres participants, le droit aux prestations est ouvert :

- Dès le premier jour d'adhésion pour les actes obligatoires du contrat responsable si le contrat choisi est responsable (actes prévus par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale),
- Dans un délai de douze mois pour la chambre particulière en maternité, le forfait obstétrique et les allocations diverses dont l'obsèques.

Pour les membres participants qui adhèrent à partir de 60 ans, le droit aux prestations est ouvert :

- Dans un délai de six mois pour les soins médicaux, les forfaits et l'hospitalisation. Pas de délai pour les actes obligatoires du contrat responsable si le contrat choisi est responsable (actes prévus par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale),
- Dans un délai de douze mois pour les allocations.

Le délai de carence peut être partiellement ou entièrement suspendu sur décision du conseil d'administration de la Mutuelle.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux agents des collectivités territoriales (règlement spécifique).

13-3 : OBJETS ET LIMITES DES PRESTATIONS

Les prestations prévues sont servies conformément à la garantie choisie dans le contrat, et versées exclusivement pour les événements survenus dans la période pour laquelle la garantie a pris effet.

Ces prestations ont pour objet principal de compléter les remboursements des frais médicaux et chirurgicaux effectués par l'organisme obligatoire, sur la base des taux et tarifs conventionnels en vigueur au 1^{er} janvier de l'année considérée et des nomenclatures générales. Les frais qui ne seraient pas pris en charge par l'organisme obligatoire ne donneront lieu à aucun remboursement sauf, le cas échéant, pour certaines prestations déterminées par la garantie choisie et sous réserve d'acceptation par la Mutuelle d'un devis ou de tout autre document de même nature.

A la demande des membres participants à jour de leurs cotisations ou de leurs professionnels de santé, la Mutuelle peut établir des estimatifs de remboursements, sur la base de devis établis par les professionnels de santé, notamment en matière d'optique, de dentaire, d'audiologie et de dépassements d'honoraires. Ces estimatifs ne sont émis qu'à titre indicatif et n'ont aucune valeur contractuelle. Le règlement par la mutuelle s'effectuera directement auprès du professionnel de santé, ou selon les modalités et conditions prévues par la garantie souscrite en vigueur lors de la réalisation effective des soins et dans la limite des frais réellement engagés par le membre participant. Ainsi, si entre l'émission des estimatifs de remboursement et la réalisation effective des soins, le membre participant venait à changer d'organisme assureur, c'est ce dernier qui aurait à sa charge les prestations figurant sur les estimatifs.

En aucun cas les prestations servies en application de la garantie souscrite ne pourront, en s'ajoutant à celles de même nature qui seraient servies par l'organisme obligatoire, permettre à l'intéressé de recevoir des sommes supérieures à la dépense réellement engagée.

13-4 : TIERS PAYANT

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant. S'il veut bénéficier de ce service, le membre participant ou son ayant droit devra présenter au professionnel sa carte mutualiste dite de « tiers payant » en étant à jour des cotisations.

Il s'agit d'une carte portant les noms et numéros d'immatriculation des bénéficiaires, délivrée aux membres participants au moment du règlement de leur cotisation sous réserve qu'ils aient communiqué les coordonnées de leur régime obligatoire d'assurance maladie.

En cas de litige notamment pour défaut de paiement des cotisations, la Mutuelle demande la restitution de la carte au membre participant. Si le retour de la carte n'est pas effectué immédiatement suivant la demande, la Mutuelle peut la récupérer par voies de droit et demander le remboursement des sommes indûment engagés.

En cas de vol de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, au vu d'une déclaration de vol auprès des services de police.

En cas de perte de la carte de tiers payant, un nouvel exemplaire pourra être adressé au membre participant à sa demande, au vu d'une déclaration sur l'honneur de sa part.

En cas de rupture de contrat, la carte sera restituée sans délai à la Mutuelle.

13-5 : VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la Mutuelle seront versées par virement bancaire aux intéressés :

- Soit après récupération par la Mutuelle de l'information électronique auprès de l'organisme obligatoire ;
 - Soit sur production du décompte des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie accompagné, selon les options et les prestations, d'une prescription médicale ;
 - Éventuellement, sur présentation de toute autre pièce justificative (factures et reçus acquittés accompagnant les pièces justificatives des sommes engagées).
- Ils ne peuvent en aucun cas être restitués.

Seuls seront pris en charge les frais médicaux ou chirurgicaux effectués postérieurement à la date d'adhésion à la Mutuelle du membre participant ou de l'ayant droit concerné, sur le territoire de l'Union Européenne, dans les DOM TOM et en Principauté de Monaco. Les frais médicaux effectués dans tout autre pays sont soumis à entente préalable de la Mutuelle et à accord de l'organisme obligatoire.

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximal de 2 ans à compter de la date des soins. Pour les forfaits, le délai est de douze mois à compter de l'événement.

Toute réclamation relative aux remboursements doit, d'une part être accompagnée des justificatifs transmis par la Mutuelle et, d'autre part, être formulée dans un délai d'un mois maximum après la date d'édition desdits justificatifs.

Un décompte quadrimestriel récapitulatif des prestations versées est adressé par courrier au membre participant. L'historique des prestations est également consultable sur l'espace adhérent du site internet de la Mutuelle.

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

ARTICLE 14. Base et taux de remboursements

Les prestations présentées dans la garantie sont exprimées en forfait ou en pourcentage du tarif conventionnel du régime obligatoire et tiennent compte du ticket modérateur en vigueur au jour de la date d'effet de l'adhésion. Aucune modification des taux de remboursement du régime obligatoire postérieure à cette date n'est susceptible de faire varier en valeur absolue la garantie de la Mutuelle.

Le ticket modérateur est défini par les articles L 322-2 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, il correspond à la partie restant à la charge du membre participant en fonction de la différence de remboursement entre le tarif de responsabilité et le remboursement du régime obligatoire de la Sécurité Sociale. La Mutuelle y participe en fonction de la garantie souscrite.

14.1. Garanties solidaires et responsables

Lorsque les garanties de frais de santé s'inscrivent dans le cahier des charges du contrat responsable conformément aux dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 du Code de la Sécurité Sociale, celles-ci respectent :

- l'interdiction du questionnaire santé lors de l'adhésion ;
- l'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire prévue au II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale, soit 1€ pour chaque consultation et de la franchise prévue au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale, applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;
- l'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- la prise en charge des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci ainsi qu'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires dans la liste fixée par arrêté ministériel ;
- La prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% et de l'homéopathie ;
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes indépendantes (EPHAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique ;
- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou non un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) ;
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la classe de prise en charge choisie, de la correction et de la complexité du verre correcteur ;
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et/ou des maxima en fonction de la classe de prise en charge choisie et de l'âge du bénéficiaire ;
- La prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et/ou des maxima en fonction du panier de prise en charge choisie, du type de prothèse, du matériau utilisé et de l'emplacement de la dent.

Les garanties optique, audiologie et dentaire respectent les dispositions mises en place par la réforme « 100% santé » (ou « Reste à charge zéro ») inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, instaurant progressivement plusieurs paniers de soins pour chacune de ces trois garanties, dont l'un assure un reste à charge nul pour les personnes bénéficiaires.

Les garanties de frais de santé solidaires et responsables bénéficient d'un taux de taxe de solidarité additionnelle minoré.

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au cahier des charges du contrat responsable, les changements des garanties concernées seront considérés comme immédiatement applicables, nonobstant les clauses des règlements particuliers, dans l'attente de leur régularisation, celle-ci devant intervenir le plus rapidement possible.

Les membres participants seront tenus informés des modifications intervenues.

14.2. Garanties non responsables

Lorsque les garanties de frais de santé ne répondent pas aux conditions légales des contrats responsables, celles-ci sont soumises à un taux de taxe de solidarité additionnelle majoré. Ces garanties sont explicitement identifiées dans les fiches d'information.

ARTICLE 15. Exclusion

Sont exclus du champ d'application de la garantie les frais de santé entrant dans le cadre de la législation des accidents du travail. En cas de guerre, de catastrophe naturelle, d'épidémie, les garanties prévues n'auront d'effet que dans le cadre des conditions déterminées par la législation telle qu'elle interviendra.

ARTICLE 16. Garanties

L'étendue de la garantie souscrite par chaque membre participant est précisée dans son contrat dont un exemplaire lui est remis avec les documents prévus à l'article 2 du présent règlement.

ARTICLE 17. Modification des garanties

Des modifications des prestations pourront être apportées à l'initiative de la Mutuelle ou suite à de nouvelles réglementations.

Ces modifications, qui pourront entraîner des modifications de cotisations, seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le code de la mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations et cotisations seront notifiés aux adhérents.

Article 18. Réclamation

Pour toute réclamation ou litige, l'adhérent a la faculté de s'adresser par courrier à :

Mutuelle de France Alpes du Sud - 16 Avenue des Arcades BP 2 - 04201 SISTERON Cedex ou par mail à l'adresse suivante : sisteron@mfas.fr .

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

La Mutuelle s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation conformément à la recommandation n° 2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

Article 19. Médiation

Si toutefois, après l'intervention de la Mutuelle, le désaccord persiste, l'adhérent ou son ayant droit a la faculté de faire appel au médiateur de la consommation de la Mutualité Française désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en conformité. Dans ce cas, le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au médiateur de la consommation de la FNMF dont les coordonnées sont les suivantes :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française

FNMF - 255 rue de Vaugirard

75719 PARIS Cedex 15

Saisine par courriel : mediation@mutualite.fr, ou formulaire sur le site : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

Le médiateur, personnalité extérieure à la Mutuelle, propose une solution en toute indépendance.

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le médiateur, le recours à une action en justice devant les tribunaux compétents reste toujours possible.

Un litige ne peut pas être examiné par le médiateur lorsque :

- l'adhérent ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite ; toutefois le médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite,
- la demande est manifestement infondée ou abusive,
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- l'adhérent ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Article 20. Informatiques et Libertés

Les données relatives aux adhérents constituent des informations nominatives et sont protégées à ce titre par les dispositions de la loi n°78-17 du 06/01/78 relative n°2004-801 du 06/08/04.

Les informations portant sur l'exécution du présent contrat pourront être communiquées aux éventuels réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du présent contrat, et ce, dans le respect de la législation en vigueur relative au traitement des données à caractère personnel.

L'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier nécessaire à la gestion du contrat par les différents intervenants. Il suffit pour cela de s'adresser à la MF Alpes du Sud.

Article 21. Protection des données - RGPD

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au règlement mutualiste ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions. En particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques. Elles peuvent également être utilisées : i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents , la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et ii) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil. Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection

et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription. Il est également précisé qu'en cas de contestations, ou contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée).

Conformément à la réglementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant.

Ils peuvent, à cette fin, s'adresser par mail à l'adresse suivante : dpo.mfas@solimut.fr ou par courrier postal : DPO – MFAS - UGM Solimut - CASTEL Office - 7 quai de la joliette 13002 MARSEILLE.

Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droit, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire comme difficulté, voire impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, la Mutuelle rappelle que si, en dehors de la relation de l'adhérent avec la « MF Alpes du Sud », celui-ci ou ses ayants droit ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il pourra gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Il pourra également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle de France Alpes du Sud.

Article 22. LCB-FT

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L561-1 du code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).