



MUTAME SAVOIE MONT-BLANC

CAISSE MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL
DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DE LA HAUTE-SAVOIE

REGLEMENT MUTUALISTE

*Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN n°776 525 610
Numéro LEI 96950E2S6JOWUIUTL56*

*Label délivré le 2 août 2012 au titre 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
par le Cabinet ACTELIOR - 7bis rue des Aulnes - 69410 Champagne au Mont d'Or*

*Le présent règlement figure sur la liste des contrats et règlements labellisés publiée sur le site Internet de
la Direction Générale des Collectivités Locales*

MUTAME Savoie Mont-Blanc
Maison de la Fonction Publique Territoriale
55, rue du Val-Vert – BP 101 – 74604 Seynod Cedex
Tél. : 04 50 33 11 36 – Fax : 04 50 33 05 24 –
contact@mutame74.com - www.mutame74.com

REGLEMENT MUTUALISTE

Conformément au Code de la mutualité, article L.114- 1, et l'article 5 des statuts de Mutame Savoie-Mont-Blanc, le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant et la Mutuelle. Il précise entre autres la nature des prestations et fixe les cotisations.

DÉFINITIONS

Adhérent : désigne le membre participant inscrit à la Mutuelle en qualité d'agent territorial ou de membre extérieur.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ayant droit : désigne l'ayant droit du membre participant, c'est-à-dire la personne inscrite sous son couvert et qui peut à ce titre prétendre au versement des prestations servies par la Mutuelle

Bénéficiaire : est considéré bénéficiaire la personne qui peut prétendre à la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation des risques garantis par le présent règlement.

Délai de stage : période suivant la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle le membre participant ou le bénéficiaire cotise sans pouvoir prétendre aux prestations.

Enfant à charge : désigne l'enfant rattaché directement au foyer fiscal de l'adhérent en qualité de personne à charge ou de bénéficiaire d'une pension alimentaire versée par le membre participant.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : personne qui, en remplissant et signant le bulletin d'adhésion, fait acte d'adhésion aux statuts de la Mutuelle et aux dispositions contenues dans le présent règlement.

Mutuelle : désigne Mutame Savoie Mont-Blanc, Mutuelle régie par le code de la mutualité immatriculée au Répertoire sirène sous le numéro SIREN n°776 525 610 dont le siège social se situe 55 rue du Val-Vert Seynod 74600 Annecy-

PACS : sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité

Prestation : correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

Prestations en nature : Remboursement des soins pour maladie, accident, maternité.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : correspond à la réalisation du risque.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée signée par le médecin généraliste ou spécialiste avec l'assurance maladie. Le praticien s'engage à limiter le montant des dépassements d'honoraires

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée signée par les Chirurgiens et les Obstétriciens avec l'assurance maladie. Le praticien s'engage à limiter le montant des dépassements d'honoraires

TA Tarif d'autorité : Tarif appliqué par la Sécurité Sociale pour ce qui concerne les actes pratiqués dans le cadre du secteur non conventionné.

Règlement mutualiste Mutame Savoie Mont-Blanc adopté en assemblée générale du 22 juin 2026

TAA : Tarification à l'activité.

TC Tarif de convention : Tarif négocié entre l'Assurance maladie et le corps médical, praticiens ou établissements qui s'engagent à le respecter. Cependant, ce tarif peut être dépassé par le praticien avec des dépassements autorisés ou à honoraires libres. La base de remboursement de la Sécurité Sociale dans ce cas est limitée au tarif négocié.

TM Ticket modérateur : La charge laissée à l'assuré par l'assurance maladie après le remboursement des soins sur la BRSS.

BRSS : base servant au calcul du remboursement de la Sécurité Sociale pour l'ensemble des prestations en nature.

TITRE I – ADHESION

Article 1 - CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne énumérée à l'article 9 des statuts de la Mutuelle et affiliée au régime d'assurance maladie obligatoire :

Conformément aux dispositions de l'article 8 des statuts elle a la qualité de membre participant.

Pour bénéficier du contrat le membre participant doit remplir et signer un bulletin d'adhésion individuelle.

Le membre participant ainsi que les personnes garanties telles que définies à l'article 9 du présent règlement, doivent également relever, en tant qu'assuré ou ayant droit, d'un régime de base obligatoire, dont le niveau de remboursement est au moins égal à celui du régime de l'assurance maladie obligatoire

Le membre participant précise, sur le bulletin d'adhésion individuelle, l'option de garanties choisie pour lui-même et ses ayants droit.

Le tableau des garanties est annexé au présent règlement mutualiste.

Les prestations prévues au panier de soins et de services défini par décret du Ministère de la Santé et de la Solidarité en application du Code de la Sécurité Sociale s'imposent aux assurés relevant du dispositif Complémentaire santé solidaire (CSS),

En outre, le membre participant fournit les documents prévus à l'article 10 (Formalités d'adhésion).

Le membre participant doit signaler au siège social de la Mutuelle ou auprès des correspondants locaux, tout changement dans sa situation professionnelle ou familiale.

La déclaration doit être faite dans un délai d'un mois à compter du jour de l'événement sous peine de perdre le droit aux prestations. Dans ce cas il doit fournir une ou plusieurs des pièces justificatives visée à l'article 10 (Formalités d'Adhésion)

Article 2 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle. Cet enregistrement donne lieu à l'émission d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

La prise en compte du bénéfice du dispositif Complémentaire santé solidaire (CSS). Intervient à la date de la validité des droits indiquée sur l'attestation délivrée par la Caisse d'Assurance Maladie.

2.1 - LE DROIT DE RENONCIATION

- **Conditions applicables en cas de démarchage à domicile**

En cas de démarchage à domicile dans les conditions de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 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. 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.

Modèle de lettre de rétractation :

« Madame, Monsieur,

En application de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties souscrites en date du..... Cette rétractation prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Veuillez agréer,...../Lieu-Date-Nom-Prénom-Signature ».

- **Conditions applicables en cas de vente à distance**

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription en respectant le même formalisme qu'à la souscription pendant le délai de 14 jour calendaire révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie. 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.

Modèle de lettre de renonciation

« Madame, Monsieur,

En application de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ..., le cachet de La Poste faisant foi. Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat.

Veuillez agréer, / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

Article 3 - CHOIX ET CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

Le membre participant précise, sur le bulletin d'adhésion le niveau de garantie auquel il souscrit.
Cette option s'impose à ses ayants droit.

➤ **Garanties globales :**

Mutame 1

Mutame 2

Mutame 2 + dépassement honoraires

Mutame 3

Mutame 3 + dépassement honoraires

➤ **Garanties modulaires :**

Mutame ECO

Modules :

- Soins courants
- Dentaire – optique - aide auditive
- Hospitalisation

Chaque module comprend 4 niveaux de prise en charge.

L'écart de niveau de remboursement entre les modules ne peut être inférieur ou supérieur à 2.

Si le niveau 1 est choisi pour l'un des modules, aucun des deux modules restants ne peut prétendre au niveau 4 de remboursement et inversement.

La souscription d'un niveau supérieur de garanties est possible à tout moment.

Le passage à un niveau inférieur de garanties ne peut intervenir qu'au terme de deux années de cotisation dans l'option en cours.

Le Bureau de la Mutuelle a la faculté de réduire ce délai si la situation de l'adhérent le justifie

Toute demande de changement de niveau de garantie doit être présentée au minimum un mois avant la date de prise d'effet souhaitée, fixée au 1er jour du mois.

Article 4 - MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

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

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations est opposable à l'adhérent dès sa notification ou à la date à laquelle l'information de son existence est portée à sa connaissance.

Cette information vaut notification et les modifications s'imposent de plein droit dans les conditions de l'article L221-5 du code de la mutualité.

Article 5 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

- 1) Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.
A votre retour, sur présentation des factures détaillées et du décompte de la Sécurité Sociale (remboursement de soins suite à présentation du formulaire S3125), la mutuelle rembourse à concurrence du ticket modérateur.
- 2) Dans les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie- CEAM), si vous n'avez pas eu d'avance de frais à faire, ou que vous avez été remboursés sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour, la mutuelle n'interviendra pas.

Article 6 - DUREE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion vient à échéance le 31 décembre de chaque année. L'engagement est d'une durée minimale d'une année. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction annuellement le 1^{er} janvier de chaque année.

L'adhésion au contrat peut cesser :

a) Démission du membre participant

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 :

- Soit par email à l'adresse unique suivante : contact@mutame74.com
- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse : www.mutame74.com
- Soit par déclaration faite au siège social ou dans l'un des bureaux de la mutuelle, remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

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.

-Si au jour de la résiliation, la Mutuelle offre la possibilité d'adhérer auprès d'elle à des règlements ou de conclure des contrats par voie électronique, la dénonciation du règlement ou la résiliation du contrat est rendue possible selon cette même modalité.

a) Décès du membre participant

En cas de décès du membre participant (rang 01), les ayants droit bénéficiaires des garanties sont maintenus au contrat jusqu'à la date du décès.

À compter du lendemain du décès :

- **Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS** est maintenu de plein droit à titre individuel. Il acquiert la qualité de membre participant et devient titulaire d'un contrat personnel.
- **Les enfants et autres ayants droit :**
 - peuvent être maintenus au contrat, sous réserve que le conjoint survivant en fasse la demande expresse et assure le paiement des cotisations correspondantes ;
 - ou être rattachés au contrat individuel du conjoint survivant, sous réserve que celui-ci en formule la demande lors de son maintien ou de sa nouvelle adhésion.

À défaut de demande expresse de maintien ou de rattachement, accompagnée de la prise en charge des cotisations dans un délai de trente (30) jours suivant la notification du décès, les garanties des ayants droit concernés prennent fin à l'issue de ce délai.

Toute demande de maintien ou de rattachement doit être formulée par écrit et accompagnée des pièces justificatives requises.

b) **Radiation pour non-paiement** : en cas de non-paiement de la cotisation (selon les dispositions de l'article 21 ci-dessous)

c) **Radiation pour réticence ou fausse déclaration intentionnelle** :

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle d'un membre participant change l'objet du risque ou en diminue 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, l'adhésion sera nulle et les cotisations versées resteront acquises à la Mutuelle.

d) **Radiation d'un ayant droit** :

Le membre participant peut demander la radiation en cours d'année d'un de ses ayants droit en adressant un écrit à la Mutuelle.

La radiation d'un ayant-droit prendra effet le 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

Pour le cas où cette demande résulterait de la rupture du lien conjugal, concubinage ou partenariat Pacs, l'ayant-droit peut solliciter son adhésion comme membre participant.

Aucune prestation ne peut être servie après la date de cessation de l'adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit à prestations étaient antérieurement réunies.

a) Cas ouvrant droit à une résiliation anticipée :

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du mois durant lequel le décès a eu lieu est 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.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour suivant la date de réception par la Mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification, elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date

de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'évènement.

Le bénéfice d'une Complémentaire Santé Solidaire entraîne la résiliation anticipée du contrat à dater du premier jour du mois qui suit la présentation du justificatif de l'ouverture de ses droits par le membre participant.

ARTICLE 7 - SUSPENSION OU 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
- Couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée
- Chômage (suspension possible pendant 6 mois)
- Service national

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 8 - CHANGEMENT D'OPTION/DE GARANTIE

La garantie souscrite peut être modulée en plusieurs options distinctes.

Lors de la souscription, l'adhérent choisit la garantie et le cas échéant le niveau de garantie (option) correspondant à ses besoins.

Passé le délai d'un an à compter de la souscription, l'adhérent peut à tout moment solliciter un changement de sa garantie et/ou option.

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie et/ou d'option au sein de la garantie souscrite doit en faire la demande à la mutuelle.

Cette demande fait l'objet d'une étude des besoins de l'adhérent et donne lieu soit au maintien de la garantie/option existante en l'état soit à la souscription de la nouvelle garantie/option choisie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Tout changement de garantie/option a pour effet la résiliation de la garantie/option en cours et la souscription de la nouvelle garantie/option à la date d'effet visée au bulletin d'adhésion.

Les changements de garantie/option sont soumis aux dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité et font courir un nouveau délai incompressible de souscription d'un an.

Par dérogation à ce qui précède à la demande motivée de l'adhérent, la mutuelle peut accepter un changement de garantie/option par anticipation au délai incompressible précité.

Article 9 - BENEFICIAIRES

Sous réserve des justificatifs à apporter et du versement de la cotisation correspondante, les bénéficiaires des garanties sont celles dont le nom figure sur le certificat initial d'adhésion ou sur la dernière carte mutualiste actualisée remise à l'adhérent après tout changement de situation.

Peuvent être concernées les personnes suivantes :

➤ **Le membre participant,**

➤ **Ses ayants droits**

Est considérée comme ayant-droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un des titres suivants :

- **Conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité**, exerçant ou non une activité professionnelle.
 - ❖ Le conjoint est l'époux ou épouse du membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.
 - ❖ Le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code Civil,
 - ❖ Le concubinage est reconnu par la Mutuelle sur production d'une déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (avis d'imposition, quittance de loyer, factures d'électricité...), photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs,
 - ❖ Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité – PACS - conformément aux dispositions de l'article 515-1 du Code Civil.
- **Enfant(s) à charge**

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, concubin, partenaire PACS, sous réserve qu'ils soient :

- ❖ **âgés de moins de 18 ans et bénéficiant de prestations du régime obligatoire :**
 - sous le numéro d'immatriculation du membre participant ou de son conjoint, concubin partenaire dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
 - inscrits à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi. (sur présentation d'un avis de situation du Pôle Emploi du mois en cours ou précédent et d'une attestation Pôle Emploi de non-indemnisation).
 - sous leur propre numéro d'immatriculation.
- ❖ **âgés de moins de 25 ans et :**
 - poursuivent leurs études (sur présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant) ;
 - poursuivent une formation en alternance (sur présentation d'un contrat d'apprentissage inférieur à 12 mois ou d'un contrat de professionnalisation) ;
 - exercent une mission de Service Civique réalisée en France auprès d'un organisme agréé par l'Etat (sur présentation du contrat d'engagement de service civique).

❖ **Enfants reconnus en situation de handicap :**

Peuvent être maintenus en qualité d'ayant droit au-delà de la limite d'âge prévue à l'article, les enfants reconnus en situation de handicap par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 18^e anniversaire, sous réserve de la production d'un justificatif en cours de validité.

Le maintien du droit aux garanties ne vaut pas maintien du rang de cotisation.

À compter du 1^{er} janvier de leur 26^e anniversaire, les bénéficiaires concernés sont automatiquement reclassés en qualité de « membre participant » et soumis à la cotisation correspondante à leur tranche d'âge.

Ce reclassement est de plein droit et ne nécessite aucune demande de l'adhérent. Le justificatif de la situation de handicap de l'enfant doit être transmis au moment du rattachement de celui-ci.

❖ **Les orphelin(s) de père et de mère bénéficient des prestations de la Mutuelle.**

La cotisation est assurée soit par leur tuteur légal, soit par eux-mêmes s'ils sont majeurs.

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 18ème ou 25ème anniversaire.

Les documents justifiant de la situation d'enfant à charge doivent être transmis à la Mutuelle une fois par an.

À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit majeur ou mineur, il est prévu, postérieurement à la naissance, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit. Dès lors, le nouveau-né de l'ayant-droit devenu membre participant acquiert la qualité d'ayant-droit.

• Ajout d'un ayant droit postérieurement à l'adhésion

L'affiliation d'un ayant-droit par le membre participant s'effectue à tout moment.

L'affiliation est effective le 1er jour du mois suivant la réception, par la Mutuelle, des documents justifiant de la qualité d'ayant-droit.

Lorsque cette réception est postérieure au 24 du mois en cours, la Mutuelle se réserve le droit d'enregistrer l'affiliation au plus tard le 1er jour du mois m+1 de la réception.

Toutefois, l'inscription du nouveau-né ou d'un enfant adopté prend effet le jour de la naissance ou de l'adoption dès lors que le parent membre participant demande l'inscription dans les deux mois qui suivent l'arrivée de l'enfant et délivre à la Mutuelle, l'acte de naissance ou d'adoption.

Article 10 - FORMALITES D'ADHESION OU DE MODIFICATION DE SITUATION

A) ADHESION

Le membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- lettre d'embauche ou arrêté de nomination lorsqu'il est agent d'une collectivité territoriale,
- photocopie d'une pièce d'identité,
- photocopie du livret de famille, attestation de pacte civil de solidarité (PACS) attestation de concubinage
- photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie pour lui-même et chaque ayant-droit affilié personnellement
- le cas échéant attestation de droit à la complémentaire santé solidaire
- pour les enfants à charge mentionnés à l'article 9, le justificatif de leur situation.
- le cas échéant, le certificat de radiation de la Mutuelle d'origine précisant le coefficient de majoration affecté à la cotisation en application de l'article 28 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales
- mandat de prélèvement SEPA
- relevé d'identité bancaire ou Caisse d'épargne, pour le virement automatique des prestations
- Le membre participant est invité à communiquer son adresse électronique.

B) MODIFICATION DE SITUATION

Le membre participant s'engage à signifier à la Mutuelle tout changement de sa situation professionnelle ou familiale, dans le mois qui suit ce changement.

Il transmet notamment les documents ci-après :

- naissance : extrait d'acte de naissance, photocopie du livret de famille,

- mariage : bulletin de mariage, photocopie du livret de famille,
- décès : bulletin de décès,
- changement de collectivité employeur : arrêté notifiant la mutation,
- Changement d'adresse : indiquer la nouvelle adresse sur la carte d'adhérent, et la retourner à la Mutuelle,
- Changement de domiciliation bancaire : transmettre à la Mutuelle le nouveau relevé d'identité bancaire ou Caisse d'épargne ainsi que le nouveau mandat de prélèvement SEPA
- Pour les enfants à charge de plus de 18 ans : certificat de scolarité, d'inscription en université, d'apprentissage...

Les agents des collectivités territoriales en détachement, en position hors cadre ou en congé parental fournissent à la Mutuelle l'arrêté justifiant leur position.

Les retraités des collectivités territoriales fournissent l'arrêté notifiant leur mise en retraite.

Les retraités membres participants extérieurs fournissent une attestation de leur employeur précisant leur date de mise à la retraite.

TITRE II – GARANTIES

Article 11 - GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

La garantie Frais de Soins de Santé a pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements effectués au titre de l'assurance maladie ou maternité, et de ceux éventuellement effectués au titre d'un autre régime de frais de soins de santé, sous réserve des risques exclus définis à l'article 14 ci-après.

11-1. Obligations légales

En application de l'article L160-10 du Code de la sécurité sociale, le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés par le bénéficiaire, sous déduction des remboursements versés par l'Assurance Maladie et tout autre organisme complémentaire.

La Mutuelle peut cependant déroger à ce principe de participation préalable d'une caisse d'assurance maladie pour divers soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient une participation de la Mutuelle en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Lorsqu'ils ne sont pas exprimés en montant, les remboursements de la mutuelle sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire français.

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

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable au sens des conditions de l'article L871-1, R.871-1, R.871-2 du code de la sécurité sociale relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aide fiscale et sociale.

Les contrats complémentaires santé doivent :

- Obligatoirement couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs servant à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible et modéré. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

- Limiter la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et (OPTAM-CO chirurgie obstétrique). Le remboursement de la Mutuelle doit être réduit de 20 % par rapport au complément accordé à l'assuré qui consulte un médecin signataire de l'OPTAM et OPTAM-CO.
- Respecter l'encadrement de la prise en charge des dépenses d'optique avec des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction-

Nos garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés défini à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale les garanties de la Mutuelle ne prennent pas en charge :

- 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.
- La modulation de la participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter.
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.
- Les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322 du code de la sécurité sociale.

La Mutuelle est tenue de proposer le remboursement de deux prestations de prévention. Ces dernières sont indiquées au paragraphe 8 - 4 « **activité prévention** » du présent règlement

Peuvent, selon l'option de garantie choisie par le membre participant, donner lieu à remboursement les frais décrits ci-après 7-2 à 7-14 :

Le remboursement assuré par la Mutuelle peut être étendu à tout autre acte figurant dans la nomenclature de l'Assurance Maladie.

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.

11-2. Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation, Visite, Acte Technique médical, Échographie, Acte de Chirurgie, Anesthésie...
Participation forfaitaire pour actes coûteux

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue

Analyses et examens de laboratoire

Analyses, actes de biologie et prélèvements

Pharmacie

Médicaments
Pansements

Matériel Médical

Accessoires, petit appareillage (bandages, chevillère, semelles orthopédiques, chaussures thérapeutiques, bas de contention, ceinture de soutien lombaire, collier cervical, attelles, etc...)

Frais de transports

Ambulances, véhicule sanitaire léger, taxi conventionné, moyen de transport individuel (véhicule personnel) ou un transport en commun

Cures thermales :

Forfait de surveillance médicale, forfait thermal, hospitalisation.
Forfait Mutuelle : hébergement, transport

Médecine douce :

Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, micro-kinésithérapie, diététique, acupuncture, pédicurie, podologie et réflexologie.

L'ostéopathe, le chiropracteur, le diététicien, le pédicure ou le podologue doivent être enregistrés dans le fichier ADEL ou au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

Forfait 3 séances / an

11-3. Dentaire

Consultation et Soins

Consultation chirurgien-dentiste, médecin stomatologiste
soins conservateurs et soins chirurgicaux

Prothèses Dentaires

Panier "100% santé (reste à charge 0)"

Couronne définitive, inlay-core et couronne transitoire, bridges, prothèses amovibles

Panier "tarifs maîtrisés", Panier "tarifs libres"

Couronne définitive, inlay-core et couronne transitoire, onlay, bridges, prothèses amovibles

Orthodontie acceptée par l'AMO :

Bilan, traitement par semestre, surveillance, contention : Pourcentage de la base remboursement de l'AMO

Orthodontie refusée par l'AMO :

Suivant la garantie souscrite : Forfait ou pourcentage de la base de remboursement de l'acte TO non pris en charge par l'AMO.

Actes dentaires hors nomenclature :

Implantologie, parodontologie ... : Forfait annuel

11-4. Optique

Équipements 100 % Santé (reste à charge 0)"

Équipement complet : monture + verres classe A

Équipements à tarifs libres

Équipement complet : monture + verres classe B

En fonction de la garantie souscrite, la prestation Mutuelle est déterminée sur la base d'un forfait pour la monture et d'un forfait par / verre en fonction de sa catégorie (unifocal simple, unifocal complexe, multifocal ou progressif).

Pour le cas où la prestation « verres et monture » est sollicitée dans un délai supérieur à trente-six (36) mois, selon la garantie souscrite, versement d'une bonification optique. Cette majoration est écartée pour respecter les maxima de prise en charge fixés au 3 de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale. En aucun cas, le remboursement de la monture ne pourra dépasser 100€ part AMO comprise.

Lentilles de contact

forfait annuel /an

Chirurgie à visée réfractive - Chirurgie de l'œil au laser

forfait par œil

11-5. Aide auditive (Renouvellement délai minimum 4 ans / appareil)

Équipements 100 % Santé* à compter du 1^{er} janvier 2021

Audioprothèse - Classe I

Équipements à tarifs libres

Audioprothèse Classe II

La prestation Mutuelle est déterminée

- garanties globales, Eco, garanties modulaires niveau1 : en pourcentage de la base de remboursement – BRSS - plafonné au montant mentionné au 4 a) du de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale
- garanties modulaires niveaux 2-3-4 : forfait

11-6 Orthopédie et grand appareillage

Prothèse

Fauteuil roulant, déambulateur, etc.

11-7 Hospitalisation

❖ Hospitalisation médicale :

Pour tout séjour en hôpital, clinique, établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), sanatorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation.

❖ Frais chirurgicaux :

- Honoraires Chirurgien, Anesthésiste, Acte technique médical, échographie
- Frais chirurgicaux proprement dits (intervention chirurgicale),
- Frais de salle d'opération, assistance-aide opératoire, frais de séjour...),
- Ou tout autre acte figurant dans la nomenclature de la sécurité sociale.

- ❖ Participation forfaitaire pour acte égal ou supérieur à 120,00 € ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.
- ❖ Forfait hospitalier journalier illimité
 - Hôpital, clinique, établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR)., convalescence, maison de repos, établissement psychiatrique.
- ❖ Frais de chambre particulière, avec hébergement, c'est-à-dire avec nuitée : Durée illimitée sauf pour les séjours en psychiatrie, convalescence, maison de repos, rééducation et réadaptation).
- ❖ Frais d'accompagnement
cette prestation concerne les frais d'hébergement des personnes accompagnant par nécessité médicale un bénéficiaire en milieu hospitalier et/ou accompagnant un bénéficiaire en situation de fin de vie.
Ces frais d'hébergement sont indemnisés sous forme d'une indemnité forfaitaire journalière pouvant être variable suivant l'option choisie. L'indemnisation est limitée à 12 jours par année civile.

11-8 Prévention

- ❖ vaccins non pris en charge par l'assurance maladie (dont vaccin homéopathique) forfait annuel par bénéficiaire
- ❖ participation aux frais d'examen d'ostéodensitométrie.
- ❖ participation pour l'achat de moyens contraceptifs médicalement prescrits ne faisant l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie.

11-9 Entr'aide sociale

Dans le cadre d'une enveloppe budgétaire annuelle dénommée « Fonds d'Action Sociale », la Mutuelle assure à ses adhérents des prestations d'entraide sociale

A. Allocation vacances pour les membres participants retraités âgés de plus de 60 ans :

allocation versée une seule fois par année civile pour tout séjour d'une durée minimale de 5 jours. Facture d'hébergement acquittée au nom du membre participant obligatoire.

B. Allocation vacances enfants :

allocation journalière concerne les enfants âgés de moins de 18 ans au début du séjour en vacances. La durée maximum d'indemnisation est de 45 jours tous séjours confondus.

1) *Vacances familiales* :

Ce sont les séjours avec le père et la mère ou l'un des deux parents en hébergement payant quel que soit le mode d'hébergement

Dans le cadre de situations particulières deux types de dérogation peuvent être obtenus sous réserve de demande d'accord préalable motivée et justifiant de la situation sociale et financière de la famille adressée par écrit à la Mutuelle un mois minimum avant le séjour

- a) Départ sans les parents :
- b) Séjour dans la famille ou chez des amis :

- durée minimum du séjour : 5 jours

2) *Vacances en organisme* :

- durée minimum du séjour : 4 jours avec une discontinuité possible d'une journée.

C. Allocation vacances loisirs, enfants handicapés :

Bénéficiaires :

Peuvent bénéficier de l'allocation les enfants titulaires d'une Carte Mobilité Inclusion (CMI) portant la mention « invalidité », attestant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 50 %.

La carte doit être en cours de validité à la date de la demande et couvrir tout ou partie de la période de référence.

Période de référence :

La période de référence s'étend du 1er septembre de l'année N au 31 août de l'année N+1.

Le montant de l'allocation est déterminé en fonction du nombre de mois d'adhésion effectifs et cotisés sur cette période.

Le versement intervient au plus tard le 31 août de l'année considérée.

Limite d'âge :

L'allocation est attribuée jusqu'au 20^e anniversaire de l'enfant.

Par dérogation, elle peut être maintenue jusqu'au 30^e anniversaire, sous réserve que le bénéficiaire remplisse cumulativement les conditions suivantes :

- ne pas exercer d'activité professionnelle ;
- ne percevoir aucune rémunération au titre d'une activité salariée ou non salariée ;
- fournir annuellement un justificatif de situation, notamment l'avis d'imposition de l'année N du parent de rattachement.

Proratisation :

En cas d'adhésion ou d'ouverture des droits en cours de période de référence, l'allocation est calculée au prorata du nombre de mois d'adhésion effectivement cotisés.

Aucune allocation n'est due au titre des mois non cotisés.

Montant :

L'allocation est versée sous forme forfaitaire. Son montant est déterminé en fonction du niveau de garantie globale souscrit au 31 août de la période de référence, selon les modalités suivantes :

- **GM01 : 380.00 €**
- **GM02 / GM2P : 480.00 €**
- **GM03 / GM3P : 680.00 €**

Les garanties modulaires sont exclues du présent dispositif et n'ouvrent droit à aucune allocation.

Conditions administratives :

Le versement de l'allocation est subordonné à la réception, avant la date limite fixée par la mutuelle :

- d'une attestation sur l'honneur dûment complétée et signée, transmise annuellement par la mutuelle ;
- de l'ensemble des justificatifs requis ;
- d'un titre de Carte Mobilité Inclusion (CMI) en cours de validité.

À défaut de réception de l'ensemble des pièces dans les délais impartis, aucun droit à allocation ne pourra être ouvert au titre de la période concernée.

D. Aides familiales :

en cas de maladie ou de maternité survenant dans une famille adhérente, la Mutuelle participe à la rémunération d'une aide familiale.

Cette participation est versée en complément de l'intervention des Caisses d'Allocations familiales.

Elle est de 50% maximum du montant de la facture, limités à la dépense réellement engagée.

Un quota de 240 heures pour l'utilisation d'une aide familiale est alloué à chaque famille adhérente par année civile. Les heures non utilisées ne sont pas reconductibles d'une année sur l'autre.

E. Aide-ménagère :

En complément de l'aide attribuée par les régimes obligatoires (CARSAT et (ou) CNRACL. et ou IRCANTEC). la Mutuelle peut verser aux retraités âgés de plus de 60 ans une indemnité horaire pour l'emploi d'une aide-ménagère.

Le taux horaire est fixé par l'Assemblée générale.

Un quota de 240 heures est alloué à chaque famille adhérente par année civile. Les heures non utilisées ne sont pas reconductibles d'une année sur l'autre.

F. Aides exceptionnelles :

Dans les cas exceptionnellement graves et compte tenu de la situation de la famille concernée, le bureau de la Mutuelle peut également attribuer des aides exceptionnelles au titre des prestations à caractère social.

Les aides exceptionnelles sont prélevées sur un crédit spécial voté chaque année par l'Assemblée Générale.

G. Aide aux orphelins :

Une allocation annuelle peut être attribuée, en cas de décès du membre participant ou de son conjoint bénéficiaire, à chaque enfant ayant droit mineur.

Bénéficiaires :

Peuvent bénéficier de cette aide les enfants :

- âgés de moins de 18 ans ;
- en vie et non émancipés à la date de versement ;
- maintenus en qualité d'ayant droit au sein de la Mutuelle.

Condition essentielle d'éligibilité :

Le maintien de la qualité d'ayant droit à la date de chaque échéance annuelle de versement constitue une condition impérative.

La perte de la qualité d'adhérent ou d'ayant droit entraîne la cessation définitive du droit à l'aide.

Durée :

L'allocation est versée jusqu'au 18^e anniversaire inclus de l'enfant, sous réserve du respect continu des conditions d'éligibilité.

Unicité du droit :

Une seule ouverture de droit est possible par enfant, au titre du premier décès survenu (membre participant ou conjoint bénéficiaire).

Aucun nouveau droit ne peut être ouvert en cas de second décès.

Modalités de versement :

L'allocation est versée une fois par an, au mois de décembre.

Son versement est subordonné à la réception annuelle :

- d'une attestation sur l'honneur dûment signée par le parent survivant ou le tuteur légal ;
- des justificatifs requis par la Mutuelle.

À défaut de réception des pièces dans les délais impartis, aucune allocation n'est due au titre de l'année concernée.

Cette aide relève de l'action sociale facultative de la Mutuelle.

Elle ne présente pas un caractère contractuel garanti et peut être modifiée, suspendue ou supprimée par décision du Conseil d'administration.

11-10 Autres prestations

A. Allocation naissance ou adoption

Une allocation est versée à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption plénière.

L'allocation est accordée sous réserve que :

- L'enfant soit inscrit à la Mutame dans un délai maximum de 2 mois suivant la date de naissance ou la date du jugement d'adoption plénière.
- L'enfant soit maintenu à l'adhésion pendant une durée minimale continue de 12 mois.

Le non-respect de l'une de ces conditions entraîne la perte définitive du droit à l'allocation et, le cas échéant, l'obligation de remboursement des sommes indûment perçues.

Le versement de l'allocation est subordonné à la transmission :

- d'une copie intégrale de l'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière.

À défaut de réception des justificatifs dans les délais fixés par la Mutuelle, aucun droit à allocation ne pourra être ouvert.

B. Allocation mariage ou Pacte civil de solidarité (PACS)

Une allocation peut être attribuée à l'occasion d'un mariage ou de la conclusion d'un pacte civil de solidarité (PACS).

L'attribution de l'allocation est subordonnée au respect des conditions suivantes :

- l'allocation ne peut être accordée qu'une seule fois par adhérent, au titre du premier événement (mariage ou PACS) ;
- la demande doit être formulée dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date de l'événement.

Toute demande présentée au-delà de ce délai est irrecevable.

Le versement de l'allocation est subordonné à la transmission :

- d'une copie de l'acte de mariage ou de l'attestation de PACS.

À défaut de production des justificatifs requis dans les délais fixés par la Mutuelle, aucun droit à allocation ne pourra être ouvert.

C. Allocation pour frais d'obsèques

En cas de décès du membre participant ou d'un ayant droit tel que défini à l'article 9 du présent règlement, une allocation peut être attribuée à la personne physique ou morale ayant effectivement acquitté les frais d'obsèques.

Le versement de l'allocation est subordonné à la transmission des pièces suivantes :

- un acte de décès ;
- une facture des frais d'obsèques acquittée, mentionnant l'identité du payeur.

Lorsque la prestation est versée directement à l'entreprise de pompes funèbres, la production de la facture acquittée n'est pas exigée.

Aucun versement ne pourra intervenir en l'absence de justificatif attestant du règlement effectif des frais.

Dispositions communes aux prestations A, B et C

Les prestations visées ci-dessus sont servies par la Mutuelle Générale de Prévoyance (MGP), dans le cadre du contrat « inclusion obsèques – natalité/adoption – nuptialité » n° 74.1.GI.0101213.000864, ainsi que d'une convention de délégation de gestion conclue avec la Mutuelle.

Les droits à prestation sont appréciés à la date de survenance de l'événement.

Toute fausse déclaration, omission ou production de document inexact entraîne la déchéance du droit à prestation et, le cas échéant, l'obligation de remboursement des sommes indûment perçues.

11-11 Avance santé

En cas de besoins graves et urgents, pour permettre au membre participant de régler une dépense de santé d'un montant supérieur à sa propre capacité de financement, après déduction des participations obtenues d'organismes divers, la Mutuelle peut accorder à ses adhérents une avance d'argent, remboursable sans intérêts,

Le plafond de l'en-cours des avances santé remboursables est déterminé chaque année par l'Assemblée Générale.

Le montant maximal- par dossier- de l'avance de fonds, fixé par l'Assemblée Générale est remboursable dans la limite de 24 mois.

La demande d'avance santé remboursable est constituée à partir d'un dossier remis par la Mutuelle.

Le conseil d'administration ou le bureau ou la commission compétente désignée par le conseil décide souverainement de l'octroi ou du rejet de l'avance.

11-12 Mutame Assistance :

Assistance vie quotidienne : la prestation est assurée par Ressources Mutuelle Assistance RMA, Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

SIREN N° 444 269 682 Siège Social : 46, rue du Moulin, 44121 Vertou

11-13 Caution prêt immobilier

Engagement de caution solidaire au profit d'établissements prêteurs pour garantir la défaillance de l'emprunteur en cours de remboursement de prêts immobiliers contractés par les membres participants.

Mutame Savoie Mont-Blanc adhère à la Convention d'Assurances Collectives de Cautionnement des Prêts Immobiliers (CACCP), garantie par MFPrécaution 62, rue Jeanne d'Arc 75640 Paris cedex 13.

11-14 Autres remboursements ou prestations

Le remboursement assuré par la Mutuelle peut être étendu à tout autre acte figurant dans la nomenclature de l'Assurance maladie.

11-15 Prestations concernant les adhérents relevant du dispositif Complémentaire santé solidaire (CSS),

Les adhérents et leurs ayants droit bénéficient des prestations définies par voie législative et (ou) réglementaire.

Article 12 - GARANTIES PREVOYANCE

La Mutuelle offre à ses membres participants la possibilité de souscrire par son intermédiaire auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance -MGP ou de tout autre organisme affilié à la Mutualité Française- à des garanties complémentaires de prévoyance indemnités journalières, invalidité et décès, sous réserve du paiement par les adhérents d'une cotisation supplémentaire dont le montant est fixé par l'organisme gérant ces risques.

Par convention Mutame Savoie Mont-Blanc assure la gestion des cotisations

Article-13 - DELAIS DE STAGE

Le droit aux prestations prend effet à partir de la date d'effet de l'adhésion ou le cas échéant du changement d'option pour tous les risques couverts par la Mutuelle.

Article 14 - EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle les sinistres résultant notamment de cures, traitement et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique, non pris en charge par l'Assurance Maladie.

TITRE III – COTISATIONS

Article 15 - DROIT D'ADMISSION

Les adhérents, membres participants, et leurs ayants droit, sont exonérés du paiement d'un droit d'entrée.

Article 16 - MONTANT DE LA COTISATION

Les adhérents s'engagent pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture de :

- prestations assurées directement par la Mutuelle.
- frais de fonctionnement
- capital minimum requis
- capital de solvabilité requis

La cotisation est forfaitaire et exprimée en euros.

Elle est révisable à l'échéance annuelle du 1^{er} janvier.

Sont incluses les cotisations techniques des prestations servies par les organismes avec lesquels la Mutuelle a passé convention.

La cotisation de base est majorée des taxes, contributions, prélèvements divers dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires et dont la Mutuelle est chargée du recouvrement.

La cotisation de base est modulée en fonction de:

1°/ l'option de niveau de garantie choisi à l'article 3

2°/ l'âge de l'adhérent et de la composition familiale :

Catégories	Mutame ECO, 1 et niveau 1	Mutame 2 – 3 et niveaux 2 – 3 – 4
Adhérents et conjoints :		
Moins de 25 ans	Tarif de base	Tarif de base
de 25 à 40 ans augmentation par an	3,50%	2,00%
de 41 à 50 ans augmentation par an	4,00%	2,50%

Catégories	Mutame ECO, 1 et niveau 1	Mutame 2 – 3 et niveaux 2 – 3 – 4
de 51 à 55 ans augmentation par an	2,50%	2,50%
de 56 à 60 ans augmentation par an	1,00%	1,00%
de 61 à 65 ans augmentation par an	1,00%	1,00%
Conjoint à charge	75% du tarif adhérent	75% du tarif adhérent
1^{er} enfant	100% du tarif de base	
2^{eme} enfant	50% du tarif de base	40% du tarif de base
3^{eme} enfant et plus	Gratuit	Gratuit

L'âge du membre participant ou du conjoint à prendre en compte pour déterminer la cotisation résulte de la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Notion de conjoint à charge : conjoint, concubin, partenaire Pacs, sans revenus ou dont le revenu imposable trimestriel est inférieur à 85% du traitement minimum mensuel de la fonction publique territoriale.

Justificatif : copie de l'imprimé "déclaration des revenus de l'année n-1"

Au décès du membre participant, le conjoint à charge acquiert le statut de membre participant; toutefois le bénéfice de la cotisation minorée lui est maintenu pour une période de 6 mois.

3°/ des majorations de cotisations

prévues par les articles 28 et 33 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, et l'arrêté d'application du 8 novembre 2011.

Les collectivités territoriales membres honoraires acquittent une cotisation dont le montant est déterminé par l'assemblée générale

Article 17 – MINORATION DE COTISATION

Dans le but de favoriser la mutualisation, la Mutuelle propose une minoration de cotisation dans les conditions suivantes :

a) Cotisations :

- système identique aux garanties santé « individuelles »
- minoration des cotisations :
 - collectivités dont le nombre d'agents est supérieur à 10 :
 - ✓ de 50 % à 74 % d'agents adhérents (minimum ramené à 45% pour les collectivités de plus de 300 agents) : minoration de 10 %
 - ✓ de 75% et plus d'agents adhérents : minoration de 15 %
 - collectivités dont le nombre d'agents est compris entre 2 et 10 :
 - ✓ 75 % et plus d'agents adhérents : minoration de 15 %

b) Détermination de l'effectif mutualisable :

- effectif total de la Collectivité :

- stagiaires, titulaires
- non-titulaires, contractuels, contrats aidés, contrats de droit privé
- effectifs déduits de la Collectivité :
 - Mutuelle obligatoire familiale d'entreprise du conjoint (sur justificatif déclaratif)
 - saisonniers, vacataires, détachements extérieurs, remplaçants, mis à disposition au sein de la Collectivité

c) Éléments de gestion :

- le taux de mutualisation est apprécié chaque année, au 30 septembre :
 - application du taux de minoration correspondant au 1er janvier de l'année suivante,
 - ou retour au taux plein de cotisation si taux minimum d'adhérents non respecté.
- prélèvement sur salaire obligatoire à l'exception des adhérents en congé parental
- retour au taux plein de cotisation en cas de :
 - retraite, disponibilité
 - mutation, détachement dans une Collectivité ne bénéficiant pas d'une minoration de cotisation
- agents admis au bénéfice de la minoration de cotisation : stagiaires, titulaires, non-titulaires, contractuels, contrats aidés, contrats de droit privé, saisonniers, vacataires, remplaçants pendant la période de lien avec la Collectivité, agents en congé parental.
- agents non admis au bénéfice de la minoration de cotisation : détachement extérieur, mise à disposition au sein de la Collectivité, disponibilité.

d) Prestations :

- identiques aux garanties santé « individuelles »
- libre choix du niveau de garanties pour chaque agent de la Collectivité

Article 18 – EXONERATION DE COTISATION

Bénéficiaire d'une exonération :

- primo adhésion : le membre participant et ses ayants droits bénéficient d'une exonération de cotisation d'une durée de 3 mois, les deux premiers mois s'appliquant à l'adhésion et le troisième mois au terme de la première année d'adhésion.
- cette disposition ne s'applique pas
 - ✓ à l'ayant droit accédant au statut de membre participant
 - ✓ dans le cas de ré-adhésion consécutive à une résiliation.
- naissance ou adoption : l'enfant devenant ayant-droit de la Mutuelle bénéficie d'une exonération de cotisation de 6 mois (mois de naissance ou d'adoption et les 5 mois suivants).
- parrainage: le membre participant bénéficie du remboursement d'un mois de sa cotisation individuelle lorsque son filleul concrétise son adhésion
Le filleul ne doit jamais avoir été adhérent à la Mutuelle.
Les membres de la famille ne peuvent être parrainés.

Article 19 - MODE DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour son règlement la cotisation peut :

- être précomptée sur le salaire de l'adhérent

- faire l'objet d'un appel de cotisation individuel global ou fractionné.

Les dispositions de cet article ne concernent pas les adhérents relevant de la Complémentaire santé solidaire.

1° / Cotisations prélevées par les collectivités employeurs

Par suite de leur affiliation à la Mutuelle les adhérents autorisent l'ordonnateur de leur collectivité à effectuer sur leurs appointements le précompte des cotisations dont ils sont redevables.

Peuvent s'ajouter à leurs cotisations celles de leur conjoint si ce dernier est extérieur à la fonction publique territoriale, ainsi que les cotisations spéciales destinées à des organismes techniques.

Les ordonnateurs sont chargés de reverser les cotisations à la Mutuelle.

Les collectivités employeurs sont tenues d'aviser la Mutuelle des adhérents n'émargeant plus à leur budget.

Dans ce cas la Mutuelle assurera l'appel de cotisation directement auprès des adhérents concernés.

2° / Cotisations réglées directement par les adhérents

Les cotisations faisant l'objet d'un appel individuel sont réglées :

- par chèque en une seule fois, dès réception de l'appel.
- par prélèvement SEPA annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel selon la demande de l'adhérent.

En cas de situation particulière, l'adhérent doit impérativement prendre contact avec les services administratifs de la Mutuelle pour définir un accord sur les modalités qui lui permettront de s'acquitter de sa cotisation.

Article 20 - REMBOURSEMENT ET EXONERATION DE COTISATION

La durée maximum pouvant faire l'objet d'un remboursement par la Mutuelle de cotisation induite est d'un an, il en est de même pour toute régularisation en faveur de la Mutuelle.

Ce délai commence à courir à compter de la date d'intervention du changement de situation familiale de l'adhérent.

Les dispositions de cet article ne concernent pas les adhérents relevant de la Complémentaire santé solidaire

Article 21 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La radiation d'un adhérent peut être prononcée en cas de non-paiement de la cotisation.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

La Mutuelle se réserve le droit d'intenter des poursuites judiciaires contre le membre participant qui se verra réclamer, en sus des cotisations arriérées et des majorations de retard (majorations de retard représentant 1% des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité), une indemnité équivalente au montant des honoraires et des frais de poursuite.

L'adhérent mis en demeure de régler sa cotisation par lettre recommandée avec accusé de réception doit en sus du principal régler une somme forfaitaire égale à 1 mois de sa cotisation au titre de frais de recouvrement

TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS

Pour percevoir leurs prestations les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les dispositions de ce titre IV ne concernent pas les adhérents relevant de la Complémentaire santé solidaire

Article 22 - DOCUMENTS A ADRESSER POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

1. Régime obligatoire

La Mutuelle a conclu une convention de télétransmission des données de liquidation des prestations dues par le régime obligatoire avec les principaux centres de traitement informatique des caisses d'assurance maladie.

Lorsque cette liaison est opérationnelle, la Mutuelle procède au règlement de ses prestations à partir des informations ainsi transmises par voie électronique par le centre de traitement informatique.

Si tel n'est pas le cas, le membre participant doit alors adresser à la Mutuelle le décompte original établi par la caisse d'assurance maladie pour obtenir la participation du régime complémentaire.

2. Tiers-Payant

La Mutuelle a signé des conventions de tiers payant avec des organismes ou des professionnels de santé dans le but de dispenser ses bénéficiaires de l'avance de fonds.

A cet effet, l'organisme ou le professionnel conventionné adresse à la Mutuelle une demande d'accord préalable

La Mutuelle verse ses prestations directement au tiers.

3. Autres cas

Le bénéficiaire produit obligatoirement la facture acquittée

Ces documents doivent impérativement comporter le nom, le prénom et le matricule du bénéficiaire sous peine de nullité

- Frais d'accompagnement : pour les plus de 18 ans, la facture acquittée d'une lettre du médecin traitant justifiant la nécessité de la présence de la personne auprès de l'adhérent hospitalisé et/ou en situation de fin de vie
- Allocation vacances loisirs, enfants handicapés : de 20 à 30 ans justificatif de non-exercice d'emploi.
- Allocation naissance ou adoption : extrait de naissance ou photocopie du livret de famille
- Allocation mariage ou Pacte civil de solidarité (PACS): bulletin de mariage ou pour le Pacte Civil de solidarité (PACS récépissé d'enregistrement, remis par l'officier d'état civil).
- Allocation pour frais d'obsèques : bulletin de décès et facture de l'entreprise de pompes funèbres
- Aide aux orphelins : copie du livret de famille, acte de décès du parent

Article 23 - DISPOSITIONS DIVERSES CONCERNANT LE VERSEMENT DES PRESTATIONS :

A / Le service des prestations des membres démissionnaires ou radiés est assuré jusqu'au dernier jour du mois pour lequel la cotisation a été acquittée.

B / Le règlement des prestations de toute nature est effectué, par virement bancaire sous deux jours ouvrés à compter de la réception du dossier complet, dans la plupart des cas.

- au membre participant, pour lui-même et ses ayants droit
- aux héritiers du membre participant en l'absence de conjoint ayant droit, ou à défaut le notaire chargé de la succession.

C / Les prestations sont réglées dès réception du dossier complet sous réserve que le membre participant soit à jour du règlement de ses cotisations.

D / Pour être recevable, toute réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées doit parvenir au conseil d'administration dans le délai d'un an à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

Article 24- DISPOSITIONS CONCERNANT L'AVANCE SANTE :

Les conditions générales du contrat d'avance santé s'inscrivent comme suit :

1. Les frais engagés doivent obligatoirement concerner le membre participant ou l'un de ses ayants droit bénéficiaire de la Mutuelle.
Son montant maximum peut dépasser la dépense réelle engagée déduction faite des remboursements cumulés du régime obligatoire de la Mutuelle et d'organismes divers.
2. le membre participant ne peut obtenir qu'une seule avance santé à la fois.
La constitution d'un nouveau dossier est possible dès lors que la précédente avance santé est définitivement remboursée.
3. Les conditions d'ouverture des droits à l'avance santé sont celles applicables aux droits aux prestations maladie et sociales de la Mutuelle au jour de la demande.
4. Le dossier de demande d'avance santé comprend obligatoirement :
 - l'imprimé de demande d'avance santé, accompagné des pièces à joindre précisées sur ce document.
 - le devis des frais relatifs à la demande d'avance santé.
 - tout document jugé nécessaire à l'examen du dossier.
 - engagement à rembourser l'intégralité des sommes dont le membre participant resterait redevable à la Mutuelle, et ce, en un seul versement, en cas de démission, mutation ou de radiation de la Mutuelle.
 - deux exemplaires du contrat fixant les conditions générales de l'avance santé remboursable.
5. Le Conseil d'administration, le Bureau ou la commission compétente désignée par le Conseil décide souverainement de l'octroi ou du rejet de l'avance santé .
6. Après signature du contrat; le montant convenu de l'avance santé est viré sur le compte bancaire du membre participant sous délai de huit jours.
L'emprunteur s'engage à fournir la facture acquittée des frais relatifs à l'avance santé dès le règlement du professionnel de santé.
Dans le cas de tiers payant, le montant de l'avance santé peut être versé directement au professionnel de santé concerné. Le remboursement de l'avance s'effectue de la manière suivante :
 - amortissement mensuel constant sur une durée maximum de 24 mois.
 - par prélèvement SEPA sur le compte bancaire du membre participant ou tout autre moyen de paiement autorisé par la Mutuelle.
7. En cas de décès, du membre participant la Mutuelle retient sur le montant de l'allocation pour frais d'obsèques, les sommes restant dues.
Le solde éventuel de l'avance santé sera réclamé aux bénéficiaires de la succession.

Article 25 - DISPOSITIONS CONCERNANT LES MODALITÉS DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Lorsqu'en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge ou en cas de modification des garanties résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

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.

TITRE V - DISPOSITIONS GENERALES

Article 26 - RECOURS SUBROGATOIRE

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant, ou ses ayants droit, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées au titre du contrat.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant au pretium doloris de 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 mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

Article 27- PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant de la présente garantie est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que le 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 ignorée jusque-là.*

Lorsque l'action du membre 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, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil (exercice d'une action en justice, une mesure conservatoire en application du Code des procédures civiles, reconnaissance de droit du bénéficiaire et l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée) 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 28 – RECLAMATION ET MEDIATION

Réclamations :

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin 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 :

Mutame Savoie Mont-Blanc

Service réclamation

55, rue du Val Vert

SEYNOD 74600 ANNECY

Ou par mail à l'adresse suivante :

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.

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 le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15

Ou sur le site du médiateur <https://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/>

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 29 - DISPOSITIONS DIVERSES

29-1 - SECRET PROFESSIONNEL

Conformément à l'article 226-13 du code pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère pour l'exécution des contrats, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

29-2 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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

A l'attention du DPO

Groupe Entis Mutuelle

39 rue du Jourdil

74960 ANNECY

Ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr

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

29-2-1 Finalité des traitements de données

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

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

- 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,
- élaborer 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).

29-2-2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service 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.

29-2-3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

29-2-4 Les droits du membre participant

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

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues 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 ;
- à 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 :

DPO MUTAME
55, rue du Val Vert
74600 SEYNOD

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 - REGLEMENTATION RELATIVE A 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 contrôlés 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 aux mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leur 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 31 - LOI APPLICABLE

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité :

I – Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L 225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II – On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

Article 32 - VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les statuts,
- le règlement mutualiste constitué du présent document et de ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le membre participant,

Article 33 - AUTORITE DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 34 - FRAUDE

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchus de tous droits, en cas de détection par la mutuelle d'une fraude ou d'un délit commis par l'adhérent ou l'un de ses ayants droits au préjudice de la mutuelle, en lien ou impactant les garanties souscrites. La fraude résulte notamment de toute fausse déclaration volontaire, de toute omission volontaire ou de toute production de faux ou usage de faux.

Dans ce cas, les garanties prennent fin à la date de notification du constat de fraude ou de délit par la Mutuelle, les cotisations échues demeurent acquises à la Mutuelle, qui est autorisée à recouvrer les prestations indûment versées.

Article 35 - INFORMATION DES ADHERENTS

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications statutaires ou réglementaires sont portées à sa connaissance.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale gérés par la Mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du code de la mutualité.
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des droits qui en découlent.

RELATIONS AVEC LES ADHERENTS

Pour tout renseignement, le membre participant peut contacter :

MUTAME Savoie Mont-Blanc
Service accueil des adhérents
Maison de la Fonction Publique Territoriale
55, rue du Val Vert
SEYNOD
74600 ANNECY
Tel : 04 50 33 11 36 / Fax : 04 50 33 05 24
contact@mutame74.com