

REGLEMENT MUTUALISTE

PARTIE 1 : GARANTIES SANTE INDIVIDU

1.1 Gamme GAMMA (ex-omega) et OMEGA ECO

1 – OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément au cinquième alinéa de l'article L 114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration. Le présent règlement individuel référencé Gamme GAMMA et Oméga Eco s'applique à toute nouvelle adhésion à l'une des nouvelles garanties complémentaires santé individuelles telles que figurant en annexe 1. Les membres participants qui adhèrent aux autres gammes continuent ainsi que leur ayants-droit de relever du règlement mutualiste « Partie 1- Garanties Individuelles ». Il n'y a pas de limitation de souscription aux garanties en fonction de l'âge de l'adhérent ou d'un de ses ayants-droits.

Options OMEGA éco, GAMMA (ex oméga 10-15-20-25-30-35-40-45)

2 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

3 – LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation du membre participant et de ses ayants-droit est définie de manière forfaitaire. Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des options différentes. Les enfants souscrivent la même option que l'adhérent auquel ils sont rattachés. Les montants des cotisations figurent en annexe 2.

4 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants-droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe).

En fonction de l'option souscrite, le nombre d'enfants soumis à cotisation est évolutif :

- deux enfants par adhérent sont soumis à cotisation pour les options Oméga éco, GAMMA(ex oméga 10 -15-20-25-30-35-40-45).
- tous les enfants sont soumis à cotisation pour les options GAMMA (ex oméga 10 -15-20-25-30-35-40-45).

En cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire.

En cas de mariage, si le conjoint – non couvert par la mutuelle antérieurement – est inscrit dans un délai de trois mois, il bénéficie de la gratuité de cotisation sur les six premiers mois.

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

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

5 – LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

En cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviennent immédiatement exigibles.

À chaque rejet bancaire, des frais forfaitaires seront facturés.

6 – DÉTERMINATION DES PÉRIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

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 (de plus de trois mois)
- détention à caractère pénal
- couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée.

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. La suspension est subordonnée à l'accord exprès de la Mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

8 – RÉSILIATION ET/OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard de plus de 10 jours dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le Conseil d'Administration ou ses mandataires.

S'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de 30 jours, la garantie est alors suspendue. La résiliation peut être prononcée passé un nouveau délai de dix jours. Même dans ce cas de résiliation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf CMU déclarée dans un délai de trois mois.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

9 – RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Pour les opérations individuelles :

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours.

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

Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle,

Mutuelle ENSEMBLE d'AVIGNON
Service résiliations
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

Soit par email à l'adresse unique suivante : contact@mutuelle-ensemble.fr

- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante <https://.mutuelle-ensemble.fr>, onglet : espace adhérent.
- 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 l'adhésion à sa garantie, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités.

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.

La mutuelle confirme par écrit la réception du contrat.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, le membre participant devant s'assurer 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.

10 – CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

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

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestation, y compris pour les prestations ayant fait l'objet d'un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d'effet de la démission ou radiation. Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l'accord de prise en charge ayant fait l'objet de soins ou d'actes réalisés avant la date d'effet de la fin du contrat.

11 – PRESTATIONS

Les garanties souscrites sont décrites dans la notice jointe au bulletin d'adhésion.

Définitions :

Crédit : somme allouée pour une période donnée, utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'au dernier euro.

Forfait : somme allouée pour un usage unique sur une période donnée. Si le montant du forfait n'est pas utilisé intégralement, le reliquat sera perdu.

Bonus fidélité : Prestation supplémentaire allouée aux adhérents dès le 37^{ème} mois continu de présence à la mutuelle. Les bonus sont accessibles tous les ans (12 mois glissants)

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur en vigueur à la date des soins,
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la sécurité sociale,
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés par le membre participant et sous réserve de la prise en charge par le régime obligatoire, sauf mention contraire. Lorsqu'ils sont exprimés en pourcentage, ils s'appliquent au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier et intègrent la part de la Sécurité Sociale. Les forfaits s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité Sociale sauf mention contraire

Le ticket modérateur pris en charge par la Mutuelle est celui en vigueur à la date des soins. Pour les contrats responsables, lorsque les prestations sont exprimées en forfait, prises en charge par l'A.M.O. et visées par les obligations de prise en charge du ticket modérateur à minima (décret contrat responsable du 18 novembre 2014 et circulaire du 30 janvier 2015), la Mutuelle s'engage dans tous les cas à prendre en charge à minima le ticket modérateur.

La contribution forfaitaire d'un €uro et les dépassements d'honoraires, facturés aux bénéficiaires qui ne respectent pas le parcours de soins, instaurés par la loi du 13 août 2004, portant réforme de l'Assurance Maladie, ainsi que les franchises médicales instituées par la loi du 19 décembre 2007 et le décret du 26 décembre 2007 ne sont pas remboursés par la mutuelle, quelle que soit l'option souscrite.

Les contrats, à l'exception des garanties de la gamme OMEGA ECO, sont soumis à la réglementation sur les contrats responsables visés à l'article L 871-1 et R-871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. En cas de modification de la législation applicable aux contrats responsables, la nouvelle législation serait applicable conformément à l'article 12 du présent règlement.

Les prestations sont remboursées par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent désigné au contrat mutualiste jusqu'à avis écrit contraire et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...) la mutuelle demandera le remboursement et pourra également sans que le membre participant puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

12 – CONDITIONS ET 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, l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration suivant mandat donné annuellement, peut modifier les barèmes de prestations.

13 – CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins conformément aux dispositions de l'article 8 du présent règlement. Lorsque les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Pour l'optique et les déplacements cure, fournir les factures acquittées.

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

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

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

14 – DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

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

Les travaux de prothèses dentaires engagés avant la date d'adhésion à la mutuelle ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution (ou de facturation) est postérieure à l'adhésion.

- Il n'y a pas de délai de stage (ou d'attente) pour la prise d'effet du droit aux prestations sauf pour les nouveaux adhérents choisissant une couverture équivalente ou supérieure à Neo 1041 (ex Oméga 25) et non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois :
- Stage de 3 mois pour le remboursement des médicaments remboursés à 30 ou 15%, appareillages (sauf prothèses dentaires), transports, cures thermales.

Les périodes de stages ne s'appliquent en aucun cas au ticket modérateur et au forfait journalier qui seront pris en charge dès le premier jour et de manière illimitée.

15 – ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française (Carte Européenne d'Assurance Maladie), la mutuelle rembourse le ticket modérateur.

16 – INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANTS-DROIT

Pour les enfants pour lesquels il assume la charge fiscale effective poursuivant des études au-delà de leur dix-huitième année, le membre participant doit fournir chaque année un certificat de scolarité au plus tard le 31 décembre de l'année en cours. Les enfants étudiants restent couverts par l'adhérent principal jusqu'à leur 26^e année. À l'issue de la dernière année scolaire, l'ayant droit peut rester couvert par l'adhérent principal jusqu'au 31 décembre de l'année en cours sauf s'il a trouvé un emploi.

17 – CAS OUVRANT DROIT À RESILIATION 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.

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

18 – 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 est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

Le changement d'option intervient au 1^{er} janvier de chaque année après un an minimum d'adhésion à l'option.

Le passage sur une option inférieure n'est possible que dans les cas où les évènements suivants interviennent en cours d'année sur présentation d'un justificatif :

- modification de la situation familiale**
- inscription de l'assuré ou de son conjoint à l'assurance chômage**
- départ en retraite**

Un avenant au contrat sera établi selon les modalités ci-dessus sur la base des prestations de la nouvelle option.

Aménagements :

- Individuels de la Mutuelle :

Pour les adhérents présents dans une autre gamme individuelle de la Mutuelle, aucun plafond, sous condition de présence de 36 mois continus et révolus dans la même option. Dans ce cas, le changement d'option s'effectuera au 1^{er} janvier de l'année suivante.

- Sorties entreprises adhérentes (hors saisonniers) :

Pour les adhérents présents dans un contrat collectif de la Mutuelle depuis 36 mois de présence continus et révolus, aucun plafond. Dans ce cas, la prise d'effet de l'adhésion interviendra le jour suivant la fin du contrat entreprise.

Hormis ces aménagements, l'adhérent sera soumis au règlement mutualiste OMEGA ECO ET NEO (ex Omega) de la Mutuelle et retrouvera, de fait, les plafonds en cas de nouveaux changements d'option ultérieurs au sein de la gamme.

19 – PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

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

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

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

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

20 – PRESCRIPTION

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

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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.

21 – 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.

22 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :
Entis 39 rue du Jourdil 74 960 Cran-Gevrier ou l'adresse suivante dpo@mutuelles-entis.fr

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

22.1 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).

22.2 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.

22.3 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.

22.4 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 : Mutuelle Ensemble d'Avignon - 2 Bd Jacques Monod 84000 AVIGNON ou à l'adresse mail suivante dpo@mutuelles-entis.fr.

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

23 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 24 : RECLAMATIONS - MEDIATION

24.1 : Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Familiale d'Avignon
Service réclamation
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

(Recommandation ACPR 2016 modifiée)

24.2 : Médiation

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

Groupe Entis Mutuelles
39 rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER

mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception de la réclamation.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

(Article R612-5 du code de la consommation)

ARTICLE 25 : 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, ainsi que, le cas échéant, à l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance,

- Indique à l'adhérent s'il est soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance ; il s'engage à indiquer à l'adhérent le nom de ces entreprises d'assurance, le cas échéant,
- 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.

1.2 - AUTRES GARANTIES INDIVIDUELLES

ARTICLE 1 : PERSONNES COUVERTES

Les personnes assurées par le régime obligatoire du membre participant au titre d'ayants droit doivent être couvertes par la Mutuelle pour les mêmes garanties que le membre participant. L'adhésion des ayants droit est subordonnée à l'adhésion de l'assuré principal.

Sont concernés :

- Le conjoint ou le concubin au sens du Code Civil,
- Les personnes liées au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS)
- Les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- Jusqu'à 25 ans les enfants qui poursuivent leurs études ainsi que les enfants qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC.
- Les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant le vingtième anniversaire.

ARTICLE 2 : ADHESION

Contrats Individuels :

Conformément à l'article 6 des statuts de la Mutuelle, le membre participant titulaire de la garantie adhère librement en signant un bulletin d'adhésion, accompagné des justificatifs suivants :

- Attestation d'affiliation au régime obligatoire
- Le mandat SEPA complété

- La copie de la carte nationale d'identité
- Certificat de radiation de la mutuelle précédente.

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

L'adhésion à la Mutuelle est limitée, pour les garanties individuelles, à :

30 ans pour la gamme « jeune »

70 ans pour la gamme « famille » (avec certificat de radiation)

Sans limite d'âge pour la gamme Senior.

Ces garanties peuvent être proposées dans le cadre d'une modification de garanties aux anciens adhérents à partir de 65 ans et sans limite d'âge.

En cas de mobilisation ou de captivité, le participant n'a pas droit à la garantie santé pour lui-même. Toutefois, son conjoint/concubin, ainsi que ses enfants inscrits en qualité d'ayants droit, conserveront leurs droits à la garantie santé aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions pour être garantis.

Contrats collectifs :

Le membre participant et ses ayants droit, adhérent dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par son employeur ou une personne morale adhère de façon facultative ou obligatoire selon la nature du contrat (article 6 des statuts). Dans le cadre d'une adhésion à caractère facultatif, le règlement mutualiste s'applique dans les mêmes conditions que celles liées au contrat individuel.

La signature du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif par l'employeur ou une personne morale, emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Dans tous les cas, le membre participant doit justifier de son appartenance à l'entreprise ou à la collectivité signataire en présentant une attestation de son employeur ou le dernier bulletin de salaire.

L'employeur ou la personne morale ayant souscrit à la garantie santé acquiert la qualité de membre honoraire.

Contrats de groupe :

Le membre participant et ses ayants droit, adhérent dans le cadre d'un contrat de groupe adhère de façon facultative. Le règlement mutualiste s'applique dans les mêmes conditions que celles liées au contrat individuel.

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

Dans tous les cas, le membre participant doit justifier de son appartenance à l'entreprise ou à la collectivité en présentant une attestation de son employeur ou le dernier bulletin de salaire.

L'adhérent devra fournir ce justificatif annuellement.

ARTICLE 3 : CARTE D'ADHERENT

A la prise d'effet du contrat, une carte d'adhérent est délivrée au membre participant.

Sur la carte d'adhérent sont inscrits, les noms et prénoms du membre participant et de tous ses ayants droits.

Elle indique la garantie souscrite et les dates de validité pour l'ouverture des droits.

Elle est renouvelée trimestriellement, semestriellement ou annuellement suivant le mode de règlement.

Dans le cas du prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, elle est renouvelée chaque trimestre ou semestre.

Dans le cadre des contrats précomptés sur salaire, dont le montant des cotisations est réglé à la Mutuelle par l'employeur ou le comité d'entreprise, la carte sera délivrée semestriellement ou annuellement.

ARTICLE 4 : EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet dès l'adhésion. En aucun cas, l'effet ne peut-être antérieur à la date d'adhésion.

Toute adhésion est souscrite pour la durée minimale d'une année civile dans la garantie initialement choisie. En cas d'adhésion en cours d'année, cette durée est prolongée jusqu'au 31 décembre de l'année suivante.

Le membre participant peut demander de modifier les garanties qu'il a souscrites auprès de la mutuelle. Cette modification prendra effet le 1^{er} janvier suivant la demande et sera étendue à tous ses ayants droit sans délai d'attente.

ARTICLE 5 : COTISATIONS

Les cotisations par les opérations individuelles sont votées et réactualisées annuellement par l'Assemblée Générale en séance plénière ou par délégation au Conseil d'Administration. Les cotisations par les opérations collectives sont décidées en Conseil d'Administration avec faculté de délégation. Elles sont établies par année civile.

Elles sont payables d'avance par mois, trimestre, semestre ou année. En cas de paiement mensuel, le prélèvement automatique est obligatoire.

Article L.114-7 :

Les modifications des montants de cotisations ainsi que les prestations sont applicables dès quelles sont notifiées aux adhérents.

Dans le cadre du contrat collectif, elles peuvent être précomptées sur le salaire du membre participant à terme à échoir. L'appel de cotisations sera effectué par la Mutuelle à partir du fichier, actualisé mensuellement des mouvements de personnel.

Le montant des cotisations peut être fonction :

- De l'âge, la cotisation est calculée par différence de millésime, le changement de tranche d'âge s'effectue en début d'année
- De la garantie choisie
- De la composition familiale
- De l'âge au moment de l'adhésion
- De l'ancienneté de l'adhérent dans la Mutuelle

En fin d'année, un appel de cotisations pour l'année suivante est adressé à chaque membre participant.

Le descriptif des cotisations selon l'option choisie est remis lors de l'adhésion ou du renouvellement annuel de celle-ci.

Si en cours d'année les régimes obligatoires modifient les conditions du ticket modérateur, ainsi que la référence aux normes actuellement utilisées, la mutuelle peut faire évoluer le montant des cotisations en conséquence.

La modification du règlement mutualiste relative à la classification commune des actes médicaux ne prendra effet qu'à compter de sa notification, et celle-ci ne s'appliquera à l'adhérent qu'après la connaissance de la date d'entrée en vigueur de la C.C.A.M.

ARTICLE 5 BIS : CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATIONS DES COTISATIONS

Pour la détermination des montants ou des taux de cotisations, L'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs en tout ou partie, au Conseil d'Administration.

Cette délégation doit être confirmée annuellement (article L 114-11 du code de la mutualité).

S'il s'avérait que la cotisation votée par l'Assemblée Générale n'était pas suffisante pour assurer l'équilibre des opérations, le Conseil d'Administration pourrait décider de procéder à un rappel de cotisation au titre de l'exercice considéré.

ARTICLE 6 : DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations, les membres participants seront radiés dans les conditions suivantes :

En cas de non paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation par l'adhérent dans les 10 jours suivant son échéance, la mutuelle envoie une mise en demeure par pli recommandé avec accusé de réception, aux frais réels du débiteur.

Pour l'informer qu'en cas de non paiement dans un délai de 30 jours à dater de la mise en demeure, son contrat mutualiste sera suspendu.

Au terme de ce délai de 30 jours la mutuelle peut suspendre la garantie.

Dix jours après ce terme, la radiation peut être prononcée par la mutuelle.

La radiation du membre participant entraîne celle de ses ayants droit.

A l'issue de cette procédure, le solde des cotisations ainsi que les frais restants dus demeureront exigibles et feront l'objet d'une mise en contentieux et de poursuites en justice.

Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au I est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle ou l'union informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

III. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas d'un contrat collectif résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, et à défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'article 12 des statuts de la Mutuelle sera appliqué.

La Mutuelle appliquera les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et se réservera le droit de poursuivre l'employeur en justice pour faire valoir l'exécution du contrat.

Pour les paiements par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, les frais de rejet seront comptabilisés à la charge du 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 (de plus de trois mois)
- Détention à caractère pénal
- Couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée.

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. La suspension est subordonnée à l'accord exprès de la Mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

ARTICLE 8 : RESILIATION

Résiliation à l'échéance :

Pour les opérations individuelles :

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours.

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

Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle

Mutuelle ENSEMBLE d'AVIGNON
Service résiliations
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

Soit par email à l'adresse unique suivante : contact@mutuelle-ensemble.fr

- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante <https://.mutuelle-ensemble.fr>, onglet espace adhérent
- 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 l'adhésion à sa garantie, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités.

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.

La mutuelle confirme par écrit la réception du contrat.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, le membre participant devant s'assurer 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.

Pour les opérations collectives à adhésion :

Le souscripteur personne morale pour les opérations collectives facultatives ou obligatoires, pourra résilier le contrat sous réserve d'un préavis de 2 mois à la Mutuelle :

Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle,
Mutuelle ENSEMBLE d'AVIGNON
Service résiliations
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

Soit par email à l'adresse unique suivante : contact@mutuelle-ensemble.fr

- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante <https://mutuelle-ensemble.fr>, onglet espace adhérent
- 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.

Le souscripteur personne morale pour les opérations collectives facultatives ou obligatoires, pourra résilier le contrat ou dénoncer son adhésion à tout moment, après expiration d'un an à compter de la première souscription à la garantie en cours, sans frais ni pénalités. Cette dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification dans les conditions de l'article L221-10-3 du code de la mutualité.

Elle s'exerce dans le respect des dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité, de son décret d'application et des dispositions spécifiques énoncées dans le contrat collectif

La démission par l'un des moyens précités entraîne la perte de tous droits aux prestations de l'adhérent et de ses ayants droits à compter de sa date d'effet, dès lors que les dates de soins interviennent postérieurement, les accords de prises en charge antérieurs devenant sans effet.

Résiliation en cours d'année :

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations **individuelles**, il peut être mis fin au contrat, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- Changement de domicile,

- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La dénonciation peut intervenir par la mutuelle ou par l'adhérent, lorsque la garantie a pour objet des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

Elle ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prend effet un mois après réception de sa notification.

ARTICLE 9: RESILIATION ET DROITS AUX PRESTATIONS

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

Le non paiement des cotisations conformément à l'article 8 du règlement mutualiste qui entraîne la radiation du membre participant et de ses ayants droit entraîne également la cessation de paiement des prestations à la date de prise d'effet de la dénonciation effective de radiation.

En cas de radiation pour impayés, toute réinscription ne sera acceptée qu'après règlement des cotisations dues.

ARTICLE 10 : PRESTATIONS

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

Un délai de carence de trois mois sera exigé avant de pouvoir bénéficier des forfaits supplémentaires accordés dans les garanties, Chambre particulière, frais accompagnement enfant, prothèses dentaires, orthodontie, optique, chirurgie, audioprothèses, cure thermale, ostéodensitométrie osseuse, péridurale, amniocentèse.

Le forfait journalier et le ticket modérateur seront pris en charge dès le premier jour et de manière illimitée.

Le délai de carence ne sera pas appliqué sur présentation d'un certificat de radiation de la précédente Mutuelle daté de moins de trois mois et précisant la couverture antérieure et pour les membres participants âgés de moins de 30 ans au moment de l'adhésion.

Les frais de santé pris en charge par la Mutuelle sont fonction de la garantie choisie par le membre participant à la prise d'effet de son adhésion.

Seuls sont pris en charge les frais de santé effectués postérieurement à la date d'adhésion du membre participant et de ses ayants droit.

Ces prestations complètent le remboursement des frais de santé effectué par l'organisme obligatoire.

Par conséquent, les remboursements de la Mutuelle sont calculés sur la base de remboursement (B.R.) du régime obligatoire (R.O.), en vigueur au moment de la date de soin et des nomenclatures générales.

Les prestations décrites dans la garantie sont exprimées en pourcentage du tarif conventionnel du régime obligatoire et tiennent compte du ticket modérateur, en vigueur au jour de prise d'effet de l'adhésion.

Les frais de santé non pris en charge par l'organisme obligatoire ne peuvent pas donner lieu à des remboursements de la part de la Mutuelle excepté pour certaines prestations expressément décrites dans la garantie choisie au moment de l'adhésion.

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

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels de santé dans le cadre du Tiers Payant, sur présentation de la carte d'adhérent.

Toutefois, dans le cadre d'une hospitalisation médicale ou chirurgicale, il est impératif de demander une prise en charge à la Mutuelle.

A noter que dans le cadre de la maternité avec intervention chirurgicale, les frais de chambre particulière sont couverts par la mutuelle dans la limite des garanties souscrites.

Si le membre participant a avancé le montant du paiement de ses soins, les prestations garanties par la Mutuelle lui seront versées, uniquement par virement bancaire.

- Directement, après récupération par la Mutuelle de l'information électronique auprès de l'organisme obligatoire ou sur présentation du décompte des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire.
- Sur présentation des pièces justificatives pour les autres prestations (factures acquittées, notes d'honoraires acquittées pour toutes les prestations donnant droit à un forfait ou un plafond, à savoir l'optique, le dentaire, cure thermales, etc...)

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit impérativement faire remplir un devis par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la Mutuelle pour qu'elle détermine le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rattaché au décompte Sécurité Sociale.

Pour le remboursement du forfait « lentilles optiques » le membre participant doit accompagner sa facture de la prescription médicale ou de la photocopie de la prescription.

La Mutuelle n'accepte que les documents originaux, ils ne pourront pas être restitués.

Les demandes de prestations devront sous peine de forclusion, être réclamées dans un délai maximal de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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.

Les pièces justificatives devront être transmises à la Mutuelle.

En cas de versement indu des prestations (doublons, erreur de destinataire...) la Mutuelle demandera le remboursement et pourra sans que le membre participant s'y oppose procéder par retenue sur les prestations à venir.

ARTICLE 11 : MODIFICATION DE GARANTIE

La garantie souscrite au moment de l'adhésion est renouvelable chaque année par tacite reconduction. Les demandes de modification de garantie doivent être faites par courrier deux mois avant la fin de l'année civile en cours, soit avant le 1er novembre.

Le membre participant devra signer un bulletin de modification de garantie.

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

ARTICLE 12 : MODIFICATION DE SITUATION

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toutes les personnes à couvrir.

Il doit transmettre à la Mutuelle les mises à jour le concernant, lui et ses ayants droit :

- Changement d'adresse
- De compte bancaire
- Et tout autre événement modifiant sa situation familiale

Les nouveaux nés doivent être inscrits dans un délai de 3 mois après leur naissance.

Dans le cadre des contrats collectifs obligatoires, l'employeur ou la personne morale signataire du contrat collectif s'oblige à fournir à la Mutuelle la liste de tous les membres du groupe à garantir, et à transmettre tous les mois, les mises à jour concernant les nouvelles adhésions, les départs, les retraites, les modifications d'adresse ou de compte bancaire et tout événement modifiant la composition familiale.

Le membre participant doit informer la mutuelle de son départ de l'entreprise.

ARTICLE 13 : INDEMNISATION ET SUBROGATION

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

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

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

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

ARTICLE 43 : CESSATION DE GARANTIES

Les garanties cessent pour le membre participant et ses ayants droit :

- à la date d'effet de la radiation
- dès qu'ils ne répondent plus aux conditions pour faire partie de la Mutuelle telles que définies aux articles 5 et 6 des statuts de la Mutuelle et de l'article 4 du présent règlement, sauf pour les soins antérieurs au changement de situation.
- Pour non paiement des cotisations conformément à l'article 8 du règlement mutualiste.

ARTICLE 15 : MEDIATION

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

Monsieur Nicolas Dumont
Médiateur
39 rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER

mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception de la réclamation.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.
(Article R612-5 du code de la consommation)

ARTICLE 16 : ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française (Carte Européenne d'Assurance Maladie), la mutuelle rembourse le ticket modérateur.

ARTICLE 17 : 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.

Il – 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 18 : EXCLUSION

En cas de guerre, de catastrophe naturelle, d'épidémie, les garanties prévues n'auront effet que dans le cadre des conditions déterminées par la législation en vigueur.

ARTICLE 19 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :
Entis 39 rue du Jourdil 74960 Cran-Gevrier ou à l'adresse mail suivante dpo@mutuelles-entis.fr.

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

18.1 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).

18.2 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 délégués 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.

18.3 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.

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

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes

de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;

- 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 :

Mutuelle Ensemble d'Avignon
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

ou à l'adresse mail suivante dpo@mutuelles-entis.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

ARTICLE 20 : AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 21 : PREVOYANCE

Selon la nature des contrats souscrits, la Mutuelle Ensemble intervient dans le domaine obsèques et natalité. Ces garanties, non viagère, sont conclues pour une durée d'un an.

La Mutuelle Ensemble n'est pas liée au-delà de l'année en cours. Toutefois, seule l'Assemblée Générale, par décision spéciale, peut continuer à proposer ces prestations

Les prestations de prévoyance prévues dans les contrats santé, sont garanties par la Mutuelle Générale de Prévoyance, organisme assureur, immatriculée à l'INSEE sous le n°337 682 660 et située : 39 rue du JOURDIL 74960 CRAN GEVRIER

La Mutuelle Ensemble est l'organisme diffuseur des garanties suivantes :

- *Forfait Obsèques*
- *Forfait Natalité*
- *Indemnités journalières des employés des collectivités territoriales*

La prestation *Assistance Vie Quotidienne* prévue dans les contrats santé est garantie par la Mutuelle Générale de Prévoyance, organisme assureur, immatriculée à l'INSEE sous le n°337 682 660 et située : 39 rue du JOURDIL 74960 CRAN GEVRIER.

ARTICLE 22 : RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Ensemble d'Avignon
Service réclamation
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.
(Recommandation ACPR 2016 modifiée)

ARTICLE 23 : 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, ainsi que, le cas échéant, à l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance,
- Indique à l'adhérent s'il est soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance ; il s'engage à indiquer à l'adhérent le nom de ces entreprises d'assurance, le cas échéant,
- 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.

1.3 – GAMME SURCOMPLEMENTAIRE « DELTA »

ARTICLE 1 : OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

1-1 Conformément au cinquième alinéa de l'article L 114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

1-2 La gamme DELTA est un régime surcomplémentaire, les options choisies interviennent en complément du remboursement du régime de Sécurité Sociale et d'une complémentaire santé. La garantie DELTA 300 n'est pas responsable.

ARTICLE 2 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

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

L'adhésion est réservée aux personnes adhérentes à un contrat frais de santé collectif à adhésion obligatoire et leurs ayants droit.

L'adhésion est possible pour les actifs et jusqu'à la fin de l'activité salariée.

L'adhésion à la gamme Delta n'est pas ouverte aux retraités et aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.

ARTICLE 3 : LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire.

Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des options différentes, dans ce cas précis, chaque conjoint devra être titulaire de son propre contrat.

Les enfants souscrivent la même option que l'adhérent auquel ils sont rattachés.

Les montants des cotisations figurent en annexe 2.

Les cotisations sont définies également en fonction de zone géographique en fonction du lieu d'habitation.

Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésimes entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du bénéficiaire.

ARTICLE 4 : MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale.

La cotisation ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe).

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés).

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

En cas de changement de taux du ticket modérateur, le Conseil d'Administration pourra envisager une modification des cotisations

ARTICLE 5 : LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Le fractionnement de la cotisation fera l'objet de frais forfaitaires différents selon la périodicité choisie.

En cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviennent immédiatement exigibles.

À chaque rejet bancaire, des frais forfaitaires seront facturés.

ARTICLE 6 : DÉTERMINATION DES PÉRIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

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 (de plus de trois mois)
- détention à caractère pénal
- couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée.

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. La suspension est subordonnée à l'accord exprès de la Mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

ARTICLE 8 : RÉSILIATION ET/OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le Conseil d'Administration ou ses mandataires.

Est radié de la garantie tout bénéficiaire de la CMU-C ou ACS.

Est radié de la garantie tout membre participant n'étant plus adhérent à un contrat complémentaire frais de santé collectif à adhésion obligatoire.

En cas de non paiement, la résiliation est précédée d'une mise en demeure envoyée 10 jours après l'échéance impayée. S'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de 30 jours, la garantie est alors suspendue. La résiliation peut être prononcée passé un nouveau délai de dix jours. Même dans ce cas de résiliation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf CMU déclarée dans un délai de trois mois.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

ARTICLE 9 : RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours.

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

Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle,

Mutuelle ENSEMBLE d'AVIGNON
Service résiliations
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

Soit par email à l'adresse unique suivante : contact@mutuelle-ensemble.fr

- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante <https://.mutuelle-ensemble.fr>, onglet espace adhérent
- Soit par déclaration faite au siège social 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 l'adhésion à sa garantie, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités.

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.

La mutuelle confirme par écrit la réception du contrat.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, le membre participant devant s'assurer 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.

ARTICLE 10: CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestation, y compris pour les prestations ayant fait l'objet d'un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d'effet de la démission ou radiation. Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l'accord de prise en charge ayant fait l'objet de soins ou d'actes réalisés avant la date d'effet de la fin du contrat.

ARTICLE 11: PRESTATIONS

Les garanties souscrites sont décrites dans la notice jointe au bulletin d'adhésion.

Elles viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire et la complémentaire santé de l'adhérent.

ARTICLE 12 : CONDITIONS ET 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, la législation sur les régimes obligatoires ou complémentaires modifie de manière significative leur niveau de prise en charge, l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration suivant mandat donné annuellement, peut modifier les barèmes de prestations.

ARTICLE 13 : CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins.

Les prestations ne pourront faire l'objet de tiers payant.

L'adhérent doit transmettre obligatoirement le décompte de remboursement de son régime obligatoire et de sa mutuelle, accompagné des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

En cas de prestation non prise en charge par le régime obligatoire et la complémentaire santé, l'adhérent devra impérativement fournir une facture originale pour pouvoir être remboursé.

ARTICLE 14 : DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

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

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

Les travaux de prothèses dentaires engagés avant la date d'adhésion à la mutuelle ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution (ou de facturation) est postérieure à l'adhésion.

Il y a un délai d'attente de 3 mois pour la prise d'effet du droit aux prestations à l'exception des adhérents déjà présents dans la mutuelle ou souscrivant à un contrat collectif conclu auprès de la mutuelle.

ARTICLE 15 : ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

ARTICLE 16 : INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANTS-DROIT

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur dix-huitième année, le membre participant doit fournir chaque année un certificat de scolarité au plus tard le 31 décembre de l'année en cours. Les enfants étudiants restent couverts par l'adhérent principal jusqu'à leur 26^e année. À l'issue de la dernière année scolaire, l'ayant droit peut rester couvert par l'adhérent principal jusqu'au 31 décembre de l'année en cours sauf s'il a trouvé un emploi.

ARTICLE 17 : CAS OUVRANT DROIT À RESILIATION ANTICIPÉE

L'adhésion cesse de produire ses effets pour le membre participant et ses bénéficiaires lorsqu'ils ne peuvent plus justifier d'une adhésion à une complémentaire santé.

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

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

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

ARTICLE 18 : 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 est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

Le changement d'option intervient au 1^{er} janvier de chaque année après 12 mois minimum d'adhésion à l'option.

Un avenant au contrat sera établi selon les modalités ci-dessus sur la base des prestations de la nouvelle option.

ARTICLE 19 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

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

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

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

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

ARTICLE 20 : PRESCRIPTION

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

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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 21 : 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.

Il – 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 22 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :
Entis 39 rue du Jourdil 74960 Cran-Gevrier ou 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.

22.1 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).

22.2 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 délégués 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.

22.3 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.

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

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- 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 :

Mutuelle Ensemble d'Avignon

2 Bd Jacques Monod

84000 AVIGNON

ou à l'adresse suivante dpo@mutuelles-entis.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

ARTICLE 23 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 24 : RECLAMATIONS - MEDIATION

24.1 : Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Ensemble d'Avignon

Service réclamation

2 Bd Jacques Monod

84000 AVIGNON

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

(Recommandation ACPR 2016 modifiée)

24.2 : Médiation

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

A l'attention du Médiateur
Groupe Entis Mutuelles
39 rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception de la réclamation.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

(Article R612-5 du code de la consommation)

ARTICLE 25 : 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, ainsi que, le cas échéant, à l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance,
- Indique à l'adhérent s'il est soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance ; il s'engage à indiquer à l'adhérent le nom de ces entreprises d'assurance, le cas échéant,
- 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.

PARTIE 2 : CONTRATS SOUMIS A PARTICIPATION DESTINES AUX FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX

CHAPITRE 1 : CONTRATS LABELISES

ARTICLE 1 : OBJET

Le contrat labélisé est un contrat à adhésion individuelle facultative. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACP R et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

ARTICLE 2 : PERSONNEL GARANTI ET AYANTS DROITS

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
- Leurs ayant-droits :
 - le conjoint,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil.
 - Le ou la conjoint(e) vivant en union libre avec l'adhérent(e) sur justificatif(s) de même domiciliation.

Les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale,

- jusqu'à 25 ans les enfants qui poursuivent leurs études ainsi que les enfants qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC.
- les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant le vingtième anniversaire.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHESION

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.

Sil l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.

- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

ARTICLE 4 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

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

ARTICLE 5 : MONTANT OU TAUX DE COTISATIONS

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale. Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminants sont précisés en annexe 1.

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

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

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

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle :

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

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 3.

ARTICLE 6 : MAJORATIONS DE COTISATION

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, augmentation fixée par l'arrêté, qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction, une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

ARTICLE 7 : CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS

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

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

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

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

ARTICLE 8 : MODALITE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

ARTICLE 9 : OUVERTURE DES DROITS

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, selon la procédure détaillée à l'article 12 du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 10 : SUSPENSION ET REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger (de plus de trois mois)
- détention à caractère pénal

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. La suspension est subordonnée à l'accord exprès de la Mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

ARTICLE 11 : DEMISSION

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

ARTICLE 12 : RADIATION

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

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

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

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

ARTICLE 13 : CONSEQUENCE DE LA CESSATION DES GARANTIES

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les adhérents radiés disposent d'un délai de 6 mois après la date d'émission de leurs décomptes Sécurité Sociale ou de leurs factures pour se faire rembourser.
Clause incitative, aucune valeur légale.

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

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

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

ARTICLE 14 : LES PRESTATIONS

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2.

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

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

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

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

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

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

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

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

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

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

Liste disponible auprès de la mutuelle.

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

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

Seront pris en charge à hauteur maximale de 50% du tarif de la sécurité sociale, les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations pratiqués par les médecins des secteurs 2 et 3, exerçant une activité de chirurgie, de gynécologie-obstétrique ou d'anesthésie, réanimation, et qui ont adhéré au section optionnel de coordination.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application

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

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

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

ARTICLE 15 : TIERS-PAYANT

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

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

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

ARTICLE 16 : MODIFICATION DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE

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

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

ARTICLE 17 : EFFETS DU RETRAIT OU DU NON RENOUELEMENT DU LABEL

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

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

ARTICLE 18 : MODIFICATION DU CHOIX DE LA GARANTIE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

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

ARTICLE 19 : DECLARATIONS A FAIRE AUPRES DE LA MUTUELLE POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

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

ARTICLE 20 : DELAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

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

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

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

ARTICLE 21 : ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

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

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

ARTICLE 22 : OBLIGATIONS D'INFORMATION A LA CHARGE DES MEMBRES PARTICIPANTS

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

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

ARTICLE 23 : CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPEE

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

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

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

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

ARTICLE 24 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

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

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

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

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

ARTICLE 25 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),

- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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 26 : LOI APPLICABLE

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité, la loi applicable est la loi française et les tribunaux compétents les tribunaux français, selon les règles de compétence matérielle et territoriale prévues par le droit français.

ARTICLE 27 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :
Entis 39 rue du Jourdil 74960 Cran-Gevrier ou 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.

27.1 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).

27.2 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.

27.3 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.

27.4 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 inexacts le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),

- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- 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 :

Mutuelle Ensemble d'Avignon

2 Bd Jacques Monod

84000 AVIGNON

ou à l'adresse suivante dpo@mutuelles-entis.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

ARTICLE 28 : AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 29 : RECLAMATIONS - MEDIATION

29.1 : Réclamation

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Ensemble d'Avignon

Service réclamation

2 Bd Jacques Monod

84000 AVIGNON

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

(Recommandation ACPR 2016 modifiée)

29.2 : Médiation

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

A l'attention du Médiateur
Groupe Entis Mutuelles
39 rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER

mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception de la réclamation.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.
(Article R612-5 du code de la consommation)

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, ainsi que, le cas échéant, à l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance,
- Indique à l'adhérent s'il est soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance ; il s'engage à indiquer à l'adhérent le nom de ces entreprises d'assurance, le cas échéant,
- 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.

CHAPITRE 2 : CONVENTIONS DE PARTICIPATION

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent contrat [Le contrat soumis aux dispositions ci-après] est un contrat collectif à adhésion facultative établi dans le cadre de la signature d'une convention de participation, résultant d'un appel public à concurrence visé par le 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.

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret susvisé.

ARTICLE 2 : PERSONNEL GARANTI ET AYANTS DROITS

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
- Leurs ayants-droits :
 - le conjoint,
 - le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil.

Les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale,

- Jusqu'à 25 ans les enfants qui poursuivent leurs études ainsi que les enfants qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC.
- Les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant le vingtième anniversaire.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHESION

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.

Sil l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.

- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

ARTICLE 4 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

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

ARTICLE 5 : MONTANT OU TAUX DE COTISATIONS

La cotisation est définie par tranches d'âge et en fonction de la situation familiale. Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminant sont précisés dans la convention de participation et en annexe 1.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres :

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

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle :

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

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 3.

ARTICLE 6 : MAJORATIONS DE COTISATION

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, augmentation fixée par l'arrêté, qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction, une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

ARTICLE 7 : CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La tarification est arrêtée pour une période de 6 ans.

Exceptionnellement, les limites tarifaires fixées peuvent être dépassées pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes à condition qu'elles revêtent un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents,
- Évolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation (désengagement de la Sécurité Sociale, modification des couvertures statutaires, renforcement des exigences prudentielles)

La tarification, les conditions dans lesquelles ces modifications seront présentées et les délais de réponses de la collectivité sont fixées dans la convention de participation

ARTICLE 8 : MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

ARTICLE 9 : OUVERTURE DES DROITS

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, selon la procédure détaillée à l'article 12 du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 10 : SUSPENSION ET REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- Séjour prolongé à l'étranger (de plus de trois mois)
- Détention à caractère pénal

Pour bénéficier de cette suspension et sous réserve de l'accord de la Mutuelle, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. La suspension est subordonnée à l'accord exprès de la Mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

ARTICLE 11 : DEMISSION

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

ARTICLE 12 : RADIATION

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

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

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

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

ARTICLE 13 : CONSEQUENCE DE LA CESSATION DES GARANTIES

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les adhérents radiés disposent d'un délai de 6 mois après la date d'émission de leurs décomptes Sécurité Sociale ou de leurs factures pour se faire rembourser. Clause incitative, aucune valeur légale.

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

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

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

ARTICLE 14 : LES PRESTATIONS

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2.

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

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

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

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

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

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

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

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

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

Liste disponible auprès de la mutuelle.

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

A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-

8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Seront pris en charge à hauteur maximale de 50% du tarif de la sécurité sociale, les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations pratiquées par les médecins des secteurs 2 et 3, exerçant une activité de chirurgie, de gynécologie-obstétrique ou d'anesthésie, réanimation, et qui ont adhéré au section optionnel de coordination.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application

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

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

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

ARTICLE 15 : TIERS-PAYANT

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

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

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

ARTICLE 16 : MODIFICATION DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE

Les prestations sont définies pour une période de six ans. A l'échéance, un nouvel appel sera lancé sauf prorogation d'un an prévue au décret et dûment régularisée par le biais d'un avenant.

ARTICLE 17 : EFFETS DE LA RESILIATION ANTICIPEE OU DU NON RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION PAR LA COLLECTIVITE TERRITORIALE

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

ARTICLE 18 : MODIFICATION DU CHOIX DE LA GARANTIE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

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

ARTICLE 19 : DECLARATIONS A FAIRE AUPRES DE LA MUTUELLE POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

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

ARTICLE 20 : DELAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

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

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

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

ARTICLE 21 : ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

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

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

ARTICLE 22 : OBLIGATIONS D'INFORMATION A LA CHARGE DES MEMBRES PARTICIPANTS

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

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

ARTICLE 23 : CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPEE

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

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

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

En cas de résiliation de la convention par la collectivité. La résiliation prendra effet le premier jour du deuxième mois suivant la résiliation anticipée ou le non renouvellement de la convention.

ARTICLE 24 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

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

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

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

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

ARTICLE 25 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du membre participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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 26 : LOI APPLICABLE

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité, la loi applicable est la loi française et les tribunaux compétents les tribunaux français, selon les règles de compétence matérielle et territoriale prévues par le droit français.

ARTICLE 27 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :
Entis 39 rue du Jourdil Cran-Gevrier ou à l'adresse mail suivante dpo@mutuelles-entis.fr.

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

27.1 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).

27.2 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.

27.3 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.

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

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- 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 :

Mutuelle Ensemble d'Avignon

2 Bd Jacques Monod

84000 AVIGNON

ou à l'adresse mail suivante dpo@mutuelles-entis.fr.

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

ARTICLE 28 : AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 29 : RECLAMATIONS - MEDIATION

29.1 : Réclamation

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Ensemble d'Avignon
Service réclamation
2 Bd Jacques Monod
84000 AVIGNON

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

(Recommandation ACPR 2016 modifiée)

29.2 : Médiation

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

A l'attention du Médiateur
Groupe Entis Mutuelles
39 rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER

mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception de la réclamation.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

(Article R612-5 du code de la consommation)

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, ainsi que, le cas échéant, à l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance,
- Indique à l'adhérent s'il est soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance ; il s'engage à indiquer à l'adhérent le nom de ces entreprises d'assurance, le cas échéant,
- 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.