REGLEMENT MUTUALISTE

1.1 Règles de gestion communes

Article 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 existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties est mentionné expressément dans les grilles des prestations figurant en annexe.

Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Article 2. Prise d'effet des garanties

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droits remplissant les conditions statutaires est effective le premier jour du mois suivant la réception de son dossier complet par la mutuelle, cotisation comprise. Elle prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Exemples : pour une adhésion au 01/01/2021, la 1^{ère} échéance est le 31/12/2021.

Pour une adhésion le 01/06/2021, la 1^{ère} échéance est le 31/12/2022.

Elle est prolongée annuellement par décision tacite, à l'expiration de la 1^{ère} échéance, puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 décembre.

Les ayants droits des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoint(e)s, les partenaires de PACS et concubins notoires, les enfants mineurs, ainsi que les enfants majeurs fiscalement à charge, qui sont étudiants et ce jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire. Les enfants seront couverts jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 25 ans appartenant au même foyer fiscal.

Sont également considérés comme ayant droits, sans limitation d'âge, les enfants devenus titulaires, avant leurs 21 ans, de la carte d'invalidé civil et bénéficiant de l'Allocation d'Adulte Handicapé, rattachés au même foyer fiscal que l'adhérent (sur justificatifs d'allocation adulte handicapé et d'appartenance au foyer fiscal).

Article 3. Les montants ou les taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droits est définie de manière forfaitaire (*adhérent individuel*) Les enfants souscrivent la même garantie que le parent auquel ils sont rattachés.

Article 4. Cotisations variables

Conformément à l'article R212-9 du code de la mutualité, le montant maximal de cotisation ne peut être inférieur à une fois et demie le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

Article 5. Conditions et modalités de modification des cotisations

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droits ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risques 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*). En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Les barèmes des cotisations sont modifiés annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires.

Les règles de calcul des cotisations (gratuité naissance, gratuité mariage, nombre enfants cotisants, tarification adulte/enfant) peuvent être différentes en fonction de la garantie et font l'objet d'un récapitulatif en partie III du présent règlement).

En cas de modification des cotisations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment, pour les garanties concernées, au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

Article 6. Les modalités de paiement des cotisations

Pour les garanties individuelles, 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.

Article 7. Détermination des périodes d'ouverture des droits aux garanties

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, 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, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité rappelées à l'article 8 du présent règlement.

En fonction des garanties, des délais de stage peuvent être appliqués.

Article 8. Suspension ou remise en vigueur des garanties

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

- séjour prolongé à l'étranger,
- service national,
- détention à caractère pénal,

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit présenter toute pièce justificative de cette situation. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

Article 9. Changement d'option et/ ou d'option

La garantie souscrite peut être modulée en plusieurs options distinctes.

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

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

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

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

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

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

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

Cette acceptation est à la discrétion de la mutuelle qui apprécie suivant les motifs présentés pour justifier d'un changement anticipé (ALD, changement de situation familiale ..)

Article 10. Résiliation 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. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

Conformément à l'article L221-7 du code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus à l'alinéa précédent.

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 la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

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 11. Résiliation des garanties par le membre participant

Pour les contrats individuels, le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre. Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social : Mutuelle des Travailleurs de la Région Givordine - Service résiliations – 1 rue Robespierre 69700 GIVORS,
- Soit par email à l'adresse unique suivante : info@mtrg.fr,
- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante <https://www.mtrg.fr>,
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en aura reçu notification par le membre participant. Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre. Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoires visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation. A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation. **Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.**

Article 12. Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

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

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestations, 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.

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 carte doit être restituée à la mutuelle en cas de résiliation.**

Article 13. Prestations (annexe 3 : tableaux des prestations)

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur,
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale,
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties est mentionné expressément dans les grilles des prestations figurant en annexe. 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 (décrets relatifs au contrat responsable du 18 novembre 2014 et du 11 janvier 2019 et circulaire DSS du 29 mai 2019) ; la mutuelle s'engage à prendre en charge à minima dans tous les cas le ticket modérateur, selon les obligations de prise en charge.

Au vu de l'évolution de la réglementation de l'assurance maladie obligatoire et de la mise en place de la CCAM dentaire, les remboursements de votre mutuelle évoluent.

Ainsi :

- Les remboursements des actes et prothèses dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire seront basés sur la nouvelle CCAM dentaire
- Les remboursements des actes et prothèses dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, s'ils sont prévus par la garantie, se feront soit par le biais de forfaits prenant en charge certains actes définis, soit par le biais d'une prise en charge de prothèses refusées calculée sur une base de remboursements propre à la mutuelle dont le détail est disponible sur simple demande écrite à la mutuelle.

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.

Toutes les prestations liées au tiers payant et au dispositif Noémie sont payées sous 2 jours ouvrables. Pour toutes les autres prestations, elles sont payées dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

Selon les garanties une allocation obsèques est intégrée en garantie induite.

Cette prestation est assurée par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle de livre II soumise aux dispositions du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n° 337 682 660 et sise au 39 rue du Jourdil à CRAN GEVRIER.

Les modalités relatives au montant et aux éventuelles limites d'âge pour le bénéfice de la prestation sont indiquées dans le tableau de prestations de chaque garantie (partie II du présent règlement annexe 1).

Article 14. Secours Exceptionnels

Sur délibération du Conseil d'administration ou d'une commission de secours exceptionnel mandatée par le conseil d'administration, la mutuelle peut verser une aide exceptionnelle sur des dépenses de santé non remboursées par les garanties statutaires.

Pour pouvoir délibérer le Conseil d'Administration ou la commission de secours exceptionnels demandera à l'adhérent de fournir les pièces suivantes :

- Courrier détaillé expliquant la demande de secours
- Facture détaillée et acquittée des frais
- La copie du courrier de réponse de la caisse principale, pour la demande de secours.

La demande ne sera prise en compte que s'il y a acceptation du dossier, par la sécurité sociale, pour le versement d'un fonds de secours.

Article 15. 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. Si, en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

En cas de modification des garanties résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment, pour les garanties concernées, au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

Article 16. Conditions et modalités de déclaration à effectuer auprès 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.

Si les prestations sont télétransmises via noémi, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche est nécessaire, sauf certains cas et en fonction des informations reçues où il pourra être demandé une facture à l'adhérent pour permettre d'effectuer le remboursement des soins, et il est toutefois conseillé de vérifier le suivi de ses règlements de prestations. 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 impérativement faire remplir une demande d'entente préalable 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 et de la facture.

Article 17. 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 hospitalisées 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.

Article 18. 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 droits pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

A votre retour, sur présentation des factures détaillées et du décompte de la Sécurité Sociale (remboursement de soins suite sur présentation du formulaire S3125), la mutuelle rembourse en appliquant les taux de remboursement prévus au contrat aux tarifs de convention figurant sur ledit décompte.

Dans les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union

Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie- CEAM), si vous n'avez pas eu d'avance de frais à faire, ou que vous avez été remboursés sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour, la mutuelle n'interviendra pas.

Article 19. Informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de ses ayants droits

Dans le cadre d'une naissance, d'une adoption, d'un mariage, d'un concubinage, de la signature d'un pacte civil de solidarité, d'un départ à la retraite ou d'un décès les changements de situation prendront effet au 1^{er} jour suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La prime naissance, si elle est prévue par la garantie souscrite, ne sera versée que si le changement de situation a été reçu par la Mutuelle dans ce délai.

La cotisation afférente à l'adhésion d'un nouvel ayant droit est due à compter de la date d'effet de son adhésion. 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 octobre de l'année en cours et tant que l'enfant est rattaché au foyer fiscal des parents et jusqu'à leur 25^{ème} année, le justificatif d'immatriculation de l'ayant droit s'il est différent ainsi que la copie de son avis d'imposition.

Article 20. Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

En cas de décès d'un membre participant, seule la cotisation versée pour la période au-delà du décès est remboursable.

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

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

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

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

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

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

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

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

Etant entendu que l'attribution de droits à la C2S s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

Article 21. Modification des garanties choisies

Toute modification des statuts et règlements décidés par l'assemblée générale ou le Conseil d'Administration de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

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

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

Article 22. Principe indemnitaire et subrogation

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

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants droits victimes 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 exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

Article 23. Prescription

Conformément à l'article L221-11 du code de la mutualité, « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites pour 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 eu pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits 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. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

Article 24. 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 :

- a) Le membre participant, sil s'agit d'une opération individuelle ;**
- b) L'employeur ou la personne morale souscripteur, s'il s'agit d'une opération collective.**

Article 25. Protection des données à caractère personnel

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes : dpo@mutuelles-entis.fr où

GROUPE ENTIS

A l'attention du DPO du Groupe ENTIS

39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier

74992 ANNECY Cedex 9

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

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 la réalisation de toute opération nécessaire à la gestion des prestations et des cotisations.

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,
- pour proposer des garanties complémentaires,

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).

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 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.

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.

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 bénéficie du droit de s'opposer :

Règlement mutualiste approuvé à l'Assemblée Générale du 09/06/2022

- 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 la mutuelle le contacte pour lui proposer des garanties complémentaires

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

dpo@mutuelles-entis.fr

où

Service de Protection des Données Personnelles du GROUPE ENTIS

A l'attention du DPO

39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier - CS 99050

74992 ANNECY Cedex 9

Ou auprès de la mutuelle à : MTRG, 1 rue Robespierre - 69700 GIVORS

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 26. Réclamations

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

M.T.R.G

Service réclamation

1 Rue Robespierre

69700 Givors

Ou par mail à l'adresse suivante : info@mtrg.fr

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 avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

Article 27. Médiation

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le service réclamation, le membre participant ou le bénéficiaire peut solliciter le Médiateur de la Mutuelle à l'adresse suivante :

A l'attention du Médiateur du Groupe ENTIS

39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier CS 99050

74992 ANNECY Cedex 9

Ou par mail : mediation@mutuelles-entis.fr

Il recevra une notification par mail ou par courrier simple dès réception de la demande et du dossier. Le médiateur a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai maximum de 90 jours suivant réception du dossier.

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 28. Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'**ACPR** (Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution) sise **4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09**.

Article 29. 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 :

Règlement mutualiste approuvé à l'Assemblée Générale du 09/06/2022

Mutuelle M.T.R.G. - ESPACE MUTUALISTE GIVORDIN

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

Article 30. FRAUDE

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

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

1-2 Règles de gestion spécifiques aux garanties labellisées

Garanties LEO 1540, LEO 1560, LEO 2080

Article 1. Objet

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

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

Article 2. Personnel garanti et ayants droits

Sont concernés :

- 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 répondant à la définition suivante :
 - ✓ les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :
 - ✎ les enfants majeurs de moins de 25 ans, étudiant ou en apprentissage, rattachés au foyer fiscal des parents.Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée un certificat de scolarité ou d'apprentissage et le justificatif du rattachement fiscal.

Article 3. Conditions d'adhésion

- 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.

Si 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).

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchus de tous droits, en cas de détection par la mutuelle d'une fraude ou d'un délit commis par l'adhérent ou l'un de ses ayants droits au préjudice de la mutuelle, en lien ou impactant les garanties souscrites.

La fraude résulte notamment de toute fausse déclaration volontaire, de toute omission volontaire ou de toute production de faux ou usage de faux.

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

Article 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 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.

Pour les options LEO 1540 et LEO 1560, le calcul de la cotisation est effectué de manière forfaitaire suivant la composition familiale : isolé, couple dans le cas où l'assuré couvre également un conjoint ou un enfant à charge, famille s'il y a au moins deux personnes à charges de l'assuré.

Pour l'option LEO 2080, les cotisations sont calculées par personne et par tranche d'âge et le nombre d'enfants soumis à cotisation est de 2.

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 modalités de modification des cotisations

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

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

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

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

Article 8. Modalité de paiement des cotisations

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

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

Article 11. Démission

A l'échéance annuelle, le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre. Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social : Mutuelle des Travailleurs de la Région Givordine - Service résiliations – 1 rue Robespierre 69700 GIVORS,
- Soit par email à l'adresse unique suivante : info@mtrg.fr,
- Soit par dépôt de la dénonciation sur le site de la mutuelle à l'adresse suivante <https://www.mtrg.fr>,
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie santé, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en aura reçu notification par le membre participant. Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre. Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme Règlement mutualiste approuvé à l'Assemblée Générale du 09/06/2022

assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoires visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation. A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation. **Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.**

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.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité : Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. Etant entendu que l'attribution de droits à la C2S s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

Article 13. Conséquence de la cessation des garanties

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

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

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

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

Article 14. Les prestations

Règlement mutualiste approuvé à l'Assemblée Générale du 09/06/2022

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. Ainsi, les garanties prennent notamment en charge :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention (toutefois, la prise en charge n'est pas obligatoire, selon les conditions du contrat responsable, pour les frais de cure thermale, les médicaments remboursés à 15% et à 30% par la Sécurité sociale et les spécialités et préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).) ;
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
- le forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ni exclusion ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

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.

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 droits au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

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

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 Prudential et de Résolution (ACPR) 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-renouvellement du label

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

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

Article 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 1^{er} janvier. Cette modification prendra effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

Article 19. Déclarations à faire auprès de la mutuelle pour le paiement des prestations

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Lorsque les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire. Pour l'optique, le dentaire, les cures, et autres prestations (ostéopathie...) 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. Délai pour la prise d'effet du droit aux prestations

Règlement mutualiste approuvé à l'Assemblée Générale du 09/06/2022

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.

Article 21. Étendue territoriale des prestations

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

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

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

Article 22. Obligations d'information à la charge des membres participants

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

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

Article 23. Cas ouvrant droit à résiliation anticipée

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

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

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

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

Article 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. Réclamation et Médiation

RECLAMATION

Pour toutes réclamations 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 des Travailleurs de la région Givordine (MTRG)
Service Réclamation
1 Rue Robespierre
69700 GIVORS

Règlement mutualiste approuvé à l'Assemblée Générale du 09/06/2022

Mutuelle M.T.R.G. - ESPACE MUTUALISTE GIVORDIN

Ou par mail à l'adresse mail suivante : info@mtrg.fr

A compter de la date de réception de sa demande, le service réclamation lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables. Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

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 par le Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

A l'attention du Médiateur du Groupe Entis
39, rue du Jourdil – Cran-Gevrier
CS 99050 74992 ANNECY Cedex 9
Ou par mail : 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 réception du dossier.

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 26. 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 :

1° 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 ;

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits du membre participant décédé.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

Article 27. 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 28. Protection des données personnelles

La Mutuelle des Travailleurs de la Région Givordine (MTRG) recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés. Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle des Travailleurs de la Région Givordine (MTRG) sis 1 RUE ROBESPIERRE 69700 GIVORS ou directement auprès du Délégué à la Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante : Service Protection des Données Personnelles 39 Rue du Jourdil 74960 CRAN GEVRIER ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr.

Vous bénéficiez aussi du 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.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mtrg.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-6.php>.

Article 29. Règlementation relative à la directive distribution assurance

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

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation, 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.

Article 30. Autorité de contrôle

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

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place Budapest – 75 436 à Paris cedex 09.

Article 31.

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

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

II – Particularités en fonction des garanties

GAMME OMEGA :

1- Prestations :

Délai de stage :

- Il n'y a pas de délai de stage pour la prise d'effet du droit aux prestations sauf pour les nouveaux adhérents choisissant une couverture équivalente ou supérieure à Oméga 25 et non couverts par un autre organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois.
- Stage de 3 mois pour les actes médicaux, la pharmacie, appareillages, transports, cures thermales.
- Stage de 6 mois pour l'hospitalisation sauf accident, dentaire et optique.

2- Cotisations :

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, 10, 15, 20, 25 et 30.
- Tous les enfants sont soumis à cotisation pour les options 35, 40 et 45.