

Règlement Mutualiste Santé non Responsable

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Objet

Le présent Règlement Mutualiste Santé Non Responsable régi par le Code de la mutualité, détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel complémentaire santé et définit le contenu des engagements contractuels existant entre d'une part, chaque Membre participant et d'autre part, la Mutuelle. Il est complété d'une annexe qui définit la garantie choisie par le membre participant ainsi que les prestations garanties avec laquelle il constitue un ensemble indivisible.

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et des statuts, il est adopté par le Conseil d'administration dans le respect des orientations générales fixées par l'Assemblée générale de la Mutuelle.

Le Présent règlement n'est pas éligible au dispositif légal des contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » défini aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et arrêté.

Les garanties individuelles de frais de santé de la gamme « CAP non responsable » ont pour objet de rembourser en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de prothèses et d'appareillages **restant à la charge de l'assuré après intervention d'un régime obligatoire d'assurance maladie à l'occasion de frais médicaux ou de maternité (sauf pour certains montants exprimés en euros) .**

Les garanties individuelles de frais de santé de la gamme « TALIS » ont pour objet de compléter en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de prothèses et d'appareillages ayant fait l'objet **préalablement d'un remboursement opéré par un régime obligatoire d'assurance maladie et par un régime d'assurance maladie complémentaire dont bénéficie le membre participant et ses ayants droit dans un cadre individuel ou collectif.**

Les garanties individuelles de frais de santé de la gamme « SURCO CAP » ont pour objet de compléter en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de prothèses et d'appareillages ayant fait l'objet **préalablement d'un remboursement opéré par un régime obligatoire d'assurance maladie et par un régime d'assurance maladie complémentaire dont bénéficie le membre participant et ses ayants droit dans un cadre collectif obligatoire.**

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le régime obligatoire d'affiliation, le lieu de

résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres, dans le respect des dispositions légales. S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 2 : Définitions

Membre participant : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations

Assuré : la personne exposée aux événements garantis par le régime.

Ayant droit : la personne bénéficiant des prestations du régime à la demande du membre participant.

Bénéficiaire : le membre participant lui-même et/ou les ayants droit, habilités à percevoir les prestations garanties.

Plafond annuel : le plafond annuel, pour toutes les prestations, s'entend par année civile, c'est-à-dire la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année ou lors de la primo adhésion entre la date de prise d'effet de la garantie et le 31 décembre de l'année.

Plafond de garantie : Montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré au cours d'une période précisée au descriptif de la garantie choisie.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale

Régime obligatoire : tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie français.

Ticket modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise)

Mutuelle : AVENIR MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, garantissant les prestations du régime.

Article 3 : Modification du Règlement Mutualiste Santé

Le Conseil d'administration peut modifier le Règlement Mutualiste Santé ainsi que ses annexes. Il peut modifier les garanties dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité et les statuts de la Mutuelle. Les membres participants sont informés de ces modifications dans les conditions prévues par le Code de la mutualité. Elles leur sont applicables dès leur notification.

CHAPITRE 2 CONDITIONS D'ADHESION

Article 4 : Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

Pour les garanties individuelles de frais de santé de la gamme « CAP non responsable »

L'adhésion est réservée aux personnes physiques affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Pour les garanties individuelles de frais de santé de la gamme « TALIS »

L'adhésion est réservée aux personnes physiques affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie, ainsi qu'à leurs ayants droit tels que définis ci-après, et bénéficiant d'une première assurance maladie complémentaire (individuel ou

collectif).

Pour les garanties individuelles de frais de santé de la gamme « SURCO CAP »

L'adhésion est réservée aux personnes physiques affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie, ainsi qu'à leurs ayants droit tels que définis ci-après, non bénéficiaires de la CMU-C ou ACS et bénéficiant d'une première assurance maladie complémentaire. Cette première assurance maladie complémentaire dont bénéficie le membre participant et ses ayants droit doit être collective et obligatoire (souscrite par l'intermédiaire de l'employeur du membre participant).

Pour les garanties individuelles de frais de santé des gammes « CAP non responsable », « TALIS » et « SURCO CAP »

L'adhésion à la garantie choisie résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement et par le tableau descriptif de la garantie choisie.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion.

L'adhésion à la garantie choisie prend effet à la date inscrite sur le bulletin d'adhésion sous réserve de la réception du dossier complet de souscription et de l'encaissement de la première cotisation ; à défaut au premier jour du mois civil suivant la réception par la Mutuelle des pièces justificatives manquantes.

A défaut de réception de l'ensemble des pièces justificatives, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la dernière pièce justificative.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sauf en cas de résiliation dans les conditions fixées au chapitre 5 du présent règlement.

Le membre participant bénéficie des prestations afférentes à la garantie à laquelle il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle dans un délai de trois (3) mois à compter de la survenance de l'événement.

Après acceptation de l'adhésion, la Mutuelle remet au Membre participant une carte mentionnant l'identité des personnes assurées.

Article 5 : Définition des ayants droit

Les ayants droit sont les personnes qui bénéficient de la garantie à la demande du membre participant. Le nom des ayants droit est mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent avoir la qualité d'ayant droit :

A - les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité ;

B - les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à Pôle emploi ;

C - les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A,

titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement ;

Article 6 : Ajout d'un ayant droit

Le membre participant peut inscrire un ou plusieurs ayants-droit après son adhésion en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, en adressant à la Mutuelle une demande écrite de couverture du ou des ayants-droit concerné(s) à laquelle il joint l'attestation du régime obligatoire d'assurance maladie permettant d'identifier le(s) ayant(s)-droit concerné(s) ainsi que les pièces demandées par la Mutuelle pour justifier de la qualité d'ayant droit.

L'affiliation d'un ayant-droit postérieurement à l'adhésion du membre participant prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives **sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.**

A défaut de réception de l'ensemble des pièces justificatives, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la dernière pièce justificative.

Toutefois, l'affiliation d'un ayant droit par suite de mariage, PACS, de concubinage, de naissance ou d'adoption d'un enfant peut prendre effet au jour de l'événement si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans les deux mois de sa survenance.

L'affiliation du Conjoint par suite de la rupture de son contrat de travail et de la cessation des garanties du régime collectif complémentaire frais de soins santé souscrit par son ancien employeur, peut prendre effet au lendemain de ladite rupture si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans le mois de la survenance de cet événement.

Au cas où la demande d'affiliation et les documents justificatifs n'auraient pas été communiqués à la Mutuelle dans ces délais, le membre participant ou son Ayant droit ne pourront aucunement prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne leur auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'ils auraient pour la même cause, payées indûment.

Article 7 : Champ d'application territorial

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les TOM ne peuvent pas adhérer à la Mutuelle s'ils ne sont pas couverts par le régime obligatoire, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des Français à l'étranger conformément aux dispositions de l'article L. 762-1 du Code de la Sécurité sociale

Article 8 : Faculté de renonciation

Le délai de renonciation en cas d'adhésion à distance

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion au présent règlement à distance, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Pour exercer son droit de renonciation, il lui suffit d'adresser à Avenir Mutuelle, - Service fichier / rétractation – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12 une lettre

recommandé avec avis de réception « Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse), déclare renoncer à mon adhésion santé non responsable « *indiquer le nom de votre garantie* » ayant pris effet le auprès de Avenir Mutuelle et demande en conséquence de me rembourser la totalité des sommes versées sous déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle», date et signature du membre participant.

La Mutuelle rembourse les sommes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Le délai de renonciation en cas de démarchage

Le membre participant qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre au présent règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans voir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour exercer son droit de renonciation, il lui suffit d'adresser à Avenir Mutuelle, - Service fichier / rétractation – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12 une lettre recommandée avec avis de réception « Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse) déclare renoncer au bulletin d'adhésion santé non responsable « *indiquer le nom de votre garantie* » auprès de Avenir Mutuelle signé le » date et signature du membre participant.

CHAPITRE 3 LA GARANTIE DU REGIME

Article 9 : Prise d'effet de la garantie

Le membre participant et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient de la garantie de la mutuelle à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Article 10 : Droit aux prestations

Pour pouvoir bénéficier des prestations le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

Article 11 : Limitation

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 12 - Etendue de la garantie

La nature et le montant des prestations garanties sont définis au tableau descriptif de la garantie choisie en annexe du présent règlement.

Certaines prestations peuvent prévoir un **délai d'attente** et /ou comporter un **plafond garanti**.

Article 13 : Modification de la garantie

La modification de garantie, aussi bien à la hausse qu'à la

baisse, ne peut prendre effet qu'au 1er janvier de chaque année, **sous réserve de justifier d'une première période d'adhésion de 12 mois consécutifs**. Le membre participant doit adresser sa demande de changement de garantie, par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre de l'exercice précédent, à : Avenir Mutuelle - Service contrats - 173 rue de Bercy CS61602 75601 Paris Cedex 12.

Toutefois, la modification de garantie peut intervenir en cours d'année sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'une modification de garantie liée :

- ✓ à un changement de régime obligatoire,
- ✓ à des prestations légales perçues,
- ✓ à la situation familiale (vie en couple (mariage, divorce, PACS), séparation, naissance, adoption, ayant droit n'étant plus à charge, décès),
- ✓ à la rupture du contrat de travail du membre participant.

La modification de garanties doit être demandée au plus tard dans un délai de (3) trois mois suivant la date de l'évènement, accompagnée d'un justificatif de changement de situation.

Elle prend effet le 1er jour du mois civil qui suit la demande écrite du membre participant.

La modification de garantie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires du contrat et donne lieu à la signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

Précisions

Une modification de garantie à la hausse s'entend du choix d'une garantie dont le montant de cotisation est plus élevé. Une modification de garantie à la baisse s'entend du choix d'une garantie dont le montant de cotisation est moins élevé. Toute demande de changement de garantie à la baisse après la mise en œuvre d'une précédente demande de changement d'une garantie, ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de 12 mois minimum dans la garantie en cours.

Par exception, dès lors que la demande de changement est justifiée par une modification de situation prévue à l'alinéa précédent, ce délai de maintien pourra être réduit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Article 14 : Evolution de l'assurance maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux, la Mutuelle peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation.

Article 15 : Les exclusions

Ne peuvent donner lieu à remboursement par la mutuelle les dépenses suivantes :

- toute dépense de soins qui est la conséquence directe ou indirecte d'un fait intentionnel de l'assuré;

- les prescriptions, les actes, les soins et les dépenses dont les événements sont antérieurs à la date d'acquisition de la qualité d'assuré au titre du présent règlement ;

Sont exclus des remboursements de la garantie frais de santé, les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale du bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus au tableau des prestations garanties figurant en annexe du règlement selon la garantie choisie par le membre participant.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne constitue pas une renonciation tacite de son droit de se prévaloir de ces exclusions.

CHAPITRE 4 LES PRESTATIONS

Article 16 : Règlement des prestations

La date des soins pris en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire.

Les prestations réglées par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les soins réalisés au titre de la maladie, d'un accident, ou de maternité postérieurement à la date d'effet de l'adhésion du membre participant et pendant la durée de cette adhésion.

Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements réalisés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité du régime obligatoire d'assurance maladie pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Pour la gamme « CAP non responsable », les prestations décrites dans le tableau des prestations garanties incluent le remboursement des régimes obligatoires français d'Assurance maladie (sauf pour certains montants exprimés en euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la Mutuelle.

Pour les gammes « SURCO CAP » et « TALIS », les prestations décrites dans le tableau des prestations garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie obligatoire et du régime d'assurance maladie complémentaire dont bénéficie le membre participant et ses ayants droit dans un cadre individuel ou collectif exclus. Elles peuvent également être exprimées en forfait.

Suite aux accords passés avec la caisse de régime

obligatoire (CPAM, RSI, MSA etc...), celle-ci crédite le compte bancaire ou de caisse d'épargne du membre participant de son remboursement. La part complémentaire est remboursée directement au membre participant par virement bancaire, à réception du décompte (A) ou de la télétransmission (B) et des factures des professionnels de santé.

- A- Le décompte : la caisse de régime obligatoire transmet au membre participant son décompte qu'il doit envoyer à la Mutuelle aux fins de remboursement.
- B- Télétransmission (NOEMIE) : la caisse de régime obligatoire informe la Mutuelle du remboursement qu'elle vient de verser au membre participant et le signale à ce dernier par une mention portée sur son décompte. La Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant l'original du décompte pour contrôle.

La Mutuelle règle habituellement ses prestations :

- ✓ dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses de régime obligatoire d'Assurance Maladie) ;
- ✓ dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues au présent Règlement, en cas de traitement manuel des remboursements ; délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre purement indicatif et ne saurait en aucun cas engager la Mutuelle.

Article 17 Délais de carence ou délais d'attente

Par délai de carence ou délai d'attente, il convient d'entendre la période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une prestation garantie au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas indemnisée au titre du présent règlement. Les éventuels délais d'attente ou de carence, leur exonération et les garanties concernées sont précisés sur les tableaux de garanties.

Article 18 : Justificatifs

18.1 - Dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie et, selon la garantie souscrite, après intervention d'un d'assurance maladie complémentaire dont bénéficie le membre participant et ses ayants droit dans un cadre individuel ou collectif, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- pour les frais d'optique, les prothèses dentaires ou le traitement d'orthodontie faciale : l'original de la facture acquittée;
- pour les frais d'appareillage : la facture acquittée du fournisseur ;
- pour les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : l'original de la facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier, etc.), ainsi que les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé ;
- pour les cures thermales : la justification de

l'accomplissement d'une cure thermique ;

- pour les soins à l'étranger **et sous réserve de la prise en charge par le régime obligatoire**, la copie des factures acquittées des soins.

Pour les garanties individuelles de frais de santé de la gamme « SURCO CAP », le membre participant et ses ayants droit devront obligatoirement accompagner leur demande de remboursement du justificatif ou décompte de prise en charge par le régime d'assurance maladie complémentaire souscrit dans un cadre collectif et obligatoire.

18.2 - Dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie :

- notification du refus opposé par le régime obligatoire d'assurance maladie si tel est le cas, note d'honoraires et/ou factures originales correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué, la date de début et de fin de période des soins concernés.

Article 19 : Dispositions propres à certaines prestations

Pour la définition du plafond annuel, il convient de se reporter à l'article 2 du présent règlement.

HOSPITALISATION

Pour un séjour en établissement hospitalier, peuvent être pris en charge, lorsque ces prestations sont prévues à la garantie :

Les frais de séjours : prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

La chambre individuelle s'entend d'un service supplémentaire qui n'est pas remboursé par l'Assurance maladie obligatoire lorsque le patient peut être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite). La durée, les bénéficiaires et les justificatifs sont prévus au tableau des prestations garanties remis au membre participant.

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

Les frais d'accompagnement : s'entendent des facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant). Ils sont pris en charge sur facture de l'hôpital ou de la clinique. La durée, les bénéficiaires et les justificatifs sont prévus au tableau des prestations garanties remis au membre participant.

Les forfaits d'accueil, les dépenses à caractère personnel et les divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, téléphone, journal, ...) ne font l'objet d'aucun remboursement, sauf dispositions particulières précisées aux garanties.

Ne sont pas assimilés aux prises en charge d'hospitalisation médicale et/ou chirurgicale les frais découlant :

- ✓ **de moyens et longs séjours,**
- ✓ **de séjours en maison de retraite,**
- ✓ **de frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en établissements et services sociaux et médicaux-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et de la famille.**

A ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions prévues au tableau des prestations garanties.

AUTRES DISPOSITIONS PARTICULIERES

19.1 Actes médicaux

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du tarif de convention.

Selon la formule de garantie souscrite, les consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres et assimilées peuvent être limitées à 12 remboursements par an et par bénéficiaire.

19.2 Dentaire

Lorsque la garantie souscrite le prévoit :

✓ **pour l'orthodontie refusée**, le montant de la participation s'entend par semestre et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel dentaire de la garantie souscrite. Sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie, la participation s'effectue au regard d'une facture originale détaillant la nature, la cotation, les dates de début et de fin de période et le prix du traitement.

✓ **pour l'implantologie et les prothèses dentaires**, le montant de la participation indiquée au tableau des prestations garanties s'entend par année civile, par bénéficiaire et par implant ou prothèses, dans la limite du plafond annuel dentaire de la garantie souscrite. Notre remboursement s'effectue sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie et d'une facture originale détaillant la nature, la cotation, le numéro de la dent et le prix de chaque implant.

✓ **pour les remboursements dentaires**, ils sont soumis à un plafond annuel global **hors soins dentaires**, dont le montant est précisé au tableau des prestations garanties.

La nature des soins pris en charge dans le cadre du plafond annuel est précisée au tableau des prestations garanties remis au membre participant.

19.3 Optique

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, on entend par optique, tout équipement, montures, verres, lentilles cornéennes ou toute opération chirurgicale des yeux visant à corriger un défaut de vision ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les montants et modalités de renouvellement des prestations sont précisés dans les descriptifs des garanties remis au membre participant. Le montant de la prestation garantie accordée diffèrent selon les conditions d'âge du bénéficiaire et fonction de la correction visuelle.

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période d'un an. Cette période d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achève un an après.

Lorsque la garantie prévoit la prise en charge des lentilles jetables, le montant est accordé dans le cadre du plafond annuel tous les ans et par personne protégée. La facture originale acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale.

19.4 Prévention et bien-être

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, **les montants s'entendent par an et par bénéficiaire**, sur justificatif, avec ou sans participation du régime obligatoire d'Assurance maladie.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropractie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales. :

- ✓ Les soins assurés en homéopathie et en acupuncture doivent être proposés par des médecins appartenant à l'ordre des médecins.
- ✓ Les soins couverts en ostéopathie et chiropractie doivent être assurés par des personnes inscrites sur les listes préfectorales existantes.
- ✓ Les soins proposés par un diététicien, un orthophoniste, un orthoptiste, un pédicure ou un podologue doivent être assurés par une personne ayant la qualité d'auxiliaire médical.

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, les moyens de contraceptions féminins pris en charge, sont le stérilet, les pilules, les patchs sur présentation d'une copie de la prescription médicale.

19.5 Cure :

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, les frais de cure thermale peuvent ouvrir, s'ils sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, à une indemnité prévue à la garantie.

Ne sont considérés comme soins de cure que les soins qui font l'objet d'une cotation et d'un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Sauf prestations spécifiques précisées au tableau de garantie, les cures de thalassothérapie ne font pas l'objet d'un remboursement.

19.6 Allocation Obsèques à modifier

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, la garantie «Allocation Obsèques» a pour objet de garantir par la Mutuelle, le paiement d'une allocation en cas de décès du membre participant, afin de rembourser tout ou partie des frais de ses obsèques.

La garantie « Allocation Obsèques» couvre également les dépenses liées aux frais d'obsèques des ayants droit du membre participant tels que définis à l'article 5 du présent règlement, si ceux-ci décèdent avant le membre participant.

La garantie est acquise, pour chaque assuré, dès la prise d'effet de son adhésion à la Mutuelle en qualité de membre participant.

Cette garantie constitue un ensemble indivisible avec la

garantie individuelle frais de santé.

Le montant de l'allocation Obsèques est fixé au bulletin d'adhésion **et limité en toutes hypothèses aux frais réellement engagés.**

La garantie « Allocation Obsèques » bénéficie à la personne qui a effectivement payé les dépenses affectées exclusivement au financement des services et prestations funéraires du défunt assuré notamment :

- ◆ Préparation et organisation des obsèques,
- ◆ Hommage et présentation du défunt,
- ◆ Cercueil et fournitures,
- ◆ Déroulement et exécution des obsèques.

Le règlement de l'allocation Obsèques s'effectue sur présentation d'un acte de décès au nom du défunt, copie recto/verso de la pièce d'identité officielle de la personne qui s'est acquittée des frais d'obsèques et de la facture acquittée auprès d'un organisme de pompes funèbres. La Mutuelle se réserve le droit de demander d'autres pièces.

Article 20 : Le relevé de prestations

La Mutuelle informe le membre participant des montants qui lui sont remboursés par l'envoi ou la mise à disposition d'un relevé de prestations. Le membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site internet de la Mutuelle, dans son espace Adhérent.

Article 21 : Pluralité d'assurance

Les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque montant de prestation garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

CHAPITRE 5 RESILIATION

Article 22 – Résiliation annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, la résiliation annuelle est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée. Elle ne peut prendre effet qu'au 1er janvier de chaque année. Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le Code de la mutualité ou le présent Règlement. Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

Article 23 – Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, si la garantie souscrite en prévoit.

Par ailleurs, en application de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, il peut être mis fin, par chacune des parties, à l'adhésion dans les trois (3) mois suivant la date de survenance de l'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.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque est en relation directe avec la situation antérieure et 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 (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Le membre participant doit demander cette résiliation par lettre recommandée, en indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et communiquer à la Mutuelle les justificatifs de la nouvelle situation.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Les certificats de radiation sont délivrés par la Mutuelle dans un délai maximum de deux (2) mois à partir de la date de survenance de l'événement aux membres participants à jour de leur cotisation qui ont manifesté le désir de quitter la Mutuelle dans le respect des règles prescrites.

Pour les résiliations admises en cours d'année par les statuts et le présent règlement, le certificat de radiation est délivré dans les mêmes délais.

La résiliation en cours d'année est soumise à la restitution de la ou des cartes de mutuelle.

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte la preuve qu'un régime collectif de frais de santé mis en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale (convention collective, accord d'entreprise, référendum ou une décision unilatérale de l'employeur) impose son affiliation obligatoire à ce régime.

Dans ce cas, la démission du membre participant sera enregistrée et deviendra effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

Cette résiliation entraînera la radiation des bénéficiaires.

Article 24 : Radiation du membre participant et de l'ayant droit

Conformément aux statuts de la Mutuelle, peut être exclu de la Mutuelle le membre participant dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ou qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

L'exclusion entraîne la cessation de la couverture prévue

par le présent Règlement, à compter de la date d'exclusion.

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la Mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet au premier jour suivant le décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

En cas de décès du membre participant, l'ayant droit continue à être garanti jusqu'à la fin du mois de la survenance du décès. Il peut, ensuite, être inscrit comme membre participant, et bénéficier des mêmes garanties sans délai de stage, sous réserve d'en faire la demande dans les (3) trois mois suivant le décès. Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion.

Article 25 : Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas suivants :

- ✓ ayant droit bénéficiaire d'une ouverture de droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;
- ✓ adhésion obligatoire de l'ayant droit dans le cadre d'un régime collectif de frais de santé mis en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale (convention collective, accord d'entreprise, référendum ou une décision unilatérale de l'employeur) ;
- ✓ séparation entre l'ayant droit conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité et le membre participant (fournir une attestation sur l'honneur) ;
- ✓ divorce entre le conjoint ayant droit et le membre participant, ou lancement d'une procédure devant conduire au divorce, (fournir une copie du livret de famille ou une attestation du greffe du tribunal) ou rupture du pacte civil de solidarité (fournir une attestation du greffe du tribunal ou attestation émanant d'un notaire) ;
- ✓ Peine privative de liberté.

Les personnes demandant la résiliation de leur couverture doivent communiquer les pièces justifiant leur situation, et faire la demande par lettre recommandée. La carte de mutuelle mentionnant le nom du ou des ayants droit doit être restituée ; une autre carte sera alors établie pour les ayants droit restant couverts. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la demande. Elle ouvre droit au remboursement du prorata de cotisation réglé d'avance.

Article 26 : Cessation de la garantie

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent, n'est prise en charge par la Mutuelle.

Article 27 : Résiliation à l'initiative de la mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre

participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions fixés par l'article 33 du présent Règlement.

CHAPITRE 6 LES COTISATIONS

Article 28 : Fixation et révision du montant des cotisations

Le montant des cotisations est annuel.

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par le Conseil d'administration conformément aux statuts de la Mutuelle et l'article L.114-1 du Code de la mutualité).

Le montant des cotisations est révisé chaque année en fonction de l'âge, du taux d'augmentation général fixé par le Conseil d'administration qui s'appuie notamment sur les résultats technique du régime, l'évolution des remboursements des régimes obligatoires, de l'évolution de la législation ou de la réglementation.

Les modifications apportées au montant des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 29 : Structure et montant de la cotisation

Le montant des cotisations est déterminé pour chaque bénéficiaire de la garantie et figure en annexe du présent règlement.

a) Critères retenus pour la détermination du montant de la cotisation

Peuvent être retenus par la mutuelle comme critères servant de base au calcul du montant des cotisations :

- L'âge de chaque bénéficiaire adulte, calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année de prise d'effet de l'adhésion,
- Le lieu de résidence du membre participant,
- Le régime obligatoire d'affiliation des bénéficiaires,
- Le niveau de garanties souscrit,
- La composition familiale et l'âge des bénéficiaires,
- La durée d'appartenance des bénéficiaires à la Mutuelle.

La variation du montant de la cotisation due à l'âge des membres est faite annuellement au 1^{er} janvier.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis.

b) Critères exclus pour la détermination du montant de la cotisation

La Mutuelle ne peut pas fixer le montant des cotisations en fonction de l'état de santé de l'adhérent et des bénéficiaires. A ce titre, aucune déclaration de santé, aucun questionnaire médical ne seront demandés au moment de l'adhésion. De même, tout ressortissant étranger résidant sur le sol français et bénéficiant d'un régime obligatoire français d'assurance maladie se voit appliquer les mêmes conditions tarifaires qu'un assuré de nationalité française.

La cotisation due par le Membre participant et sa périodicité de paiement sont mentionnés sur le Bulletin d'Adhésion.

Article 30 : Garanties complémentaires

Garantie "Assistance" : Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, les membres participants et leurs ayant droit bénéficient de prestations « Assistance » décrites dans la notice d'information « Avenir mutuelle Assistance ».

Garantie « Frais de location de télévision » : Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, les membres participants et leurs ayant droit bénéficient de cette garantie décrite dans la notice d'information « Avenir mutuelle Assistance ».

Garantie « Téléassistance » : Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, les membres participants et leurs ayant droit bénéficient de cette garantie décrite dans la notice d'information « Avenir mutuelle Assistance ».

Article 31 : Paiement de la cotisation

La cotisation de la garantie est annuelle et versée d'avance à Avenir Mutuelle selon un fractionnement fixé au bulletin d'adhésion. Elle est payable dans les **dix jours** suivant chaque échéance fixée au bulletin d'adhésion par prélèvement automatique, à l'exception de la 1^{ère} fraction qui peut être payée par chèque ou par CB via notre plateforme téléphonique. La date d'échéance et la périodicité peuvent être modifiées sur demande écrite de la part du membre participant auprès de la mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle.

Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance des cotisations annuelles. Celles-ci restent, dans tous les cas, exigibles en totalité.

Le membre participant devra transmettre à la mutuelle un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire (IBAN),

Article 32 : Exonération de paiement des cotisations pour les ayant-droit en cas de décès du membre participant

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, en cas de décès du membre participant quelque soit son âge, le conjoint inscrit comme bénéficiaire de la garantie ou en l'absence de conjoint, son ou ses ayants droits inscrits comme bénéficiaire de la garantie à la date du décès bénéficient d'une exonération du paiement de la cotisation pendant une durée de (6) six mois à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui du décès.

Pour bénéficier de cette exonération de paiement des cotisations, l'ayant droit doit fournir à la Mutuelle dans les (3) trois mois qui suivent le décès du membre participant un justificatif attestant du décès.

Article 33 : Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les (10) dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie sera suspendue (30) trente jours après la mise en demeure du membre participant, adressée par la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception.

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 la garantie (10) dix jours après l'expiration du délai de (30) trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de (40) quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de la garantie.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi, le lendemain du jour où a été payée 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.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la Mutuelle exigera le remboursement des prestations versées dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant les prestations indues et les frais de recouvrement et de procédure.

CHAPITRE 7 DISPOSITIONS DIVERSES

Article 34: Nullité en cas de réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la Mutuelle en poursuit le recouvrement.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci sur le montant de la cotisation, l'adhésion prend fin (10) dix jours après notification adressée par lettre recommandée. La Mutuelle restitue au membre participant, le cas échéant,

la part de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation versée est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant, par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 35 : Prescription

Toutes actions dérivant des opérations du présent règlement se prescrivent par (2) deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues par le Code de la mutualité.

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

La prescription est portée à dix (10) ans pour le versement d'une allocation obsèques.

La prescription est interrompue :

- par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci prévues aux articles 2240 et suivants du Code civil :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (le créancier),
 - une demande en justice, même en référé ou portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
 - une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution
 - ou un acte d'exécution forcée.
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.
- 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 ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 36 : Forclusion

Les demandes de paiement de prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de (24) vingt-quatre mois à compter de la date des soins ou de facture.

Article 37 : Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposé qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

Afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son droit de subrogation, **le membre participant s'engage à déclarer** à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, toute atteinte à l'intégrité physique dont il serait, lui ou l'un de ses ayants droit, victime.

Lorsque, du fait de la victime ou de ses ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur du tiers responsable, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pas pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Article 39 : Contrôle

La Mutuelle peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par courrier papier ou dématérialisé.

Article 40 : Réclamation

En cas de réclamation, le membre participant peut s'adresser au service relations adhérents de la mutuelle, soit par lettre adressée 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12 soit sur le site internet de la Mutuelle www.avenirmutuelle.com en précisant le numéro de membre participant et la nature de la réclamation.

La mutuelle s'engage à répondre aux réclamations dans un avis motivé conformément aux délais en vigueur.

Article 41: Médiation

Si après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, l'assuré qui n'a pas encore saisi les tribunaux, a la possibilité de saisir le service de médiation fédérale.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli recommandé avec accusé de réception, à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF) 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15 ou par mail à l'adresse mediation@mutualite.fr Le règlement de la médiation est disponible sur le site de la mutualité française.

L'avis du médiateur ne préjuge pas des droits du membre participant d'intenter une action en justice.

Article 42 : Autorité de contrôle

Conformément au Code de la mutualité, La Mutuelle est soumise au contrôle de L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sis 61 rue Taibout 75436 PARIS CEDEX 09

Article 43 : Informatique et Libertés

Pour la réalisation de l'objet défini à l'article 1, la Mutuelle peut mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier ses assurés actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français. Ce traitement a été préalablement déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et répond aux caractéristiques ci-dessous :

A - Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des assurés potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des assurés et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apôtreur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.

B - L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux membres participants ou bénéficiaires des prestations, organismes de Sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

C - Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat. Ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés.

D - La Mutuelle informera les assurés lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, l'adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au siège de la Mutuelle par courrier à l'attention de Secréariat Général.

Le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à deux mois, conformément à l'article 94 du décret du 20 octobre 2005. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

Article 44 : Loi applicable

La loi applicable est la loi française.

Article 45 : Langue utilisée

L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Article 46 : Démarchage téléphonique

En cas de recueil par Avenir Mutuelle des données téléphoniques du membre participant y compris à l'occasion de l'adhésion au présent règlement, le membre participant dispose d'un droit à s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique conformément à l'article L223-1 et s du code de la consommation.

Article 47 : Fonds d'action sociale

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droits.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement par l'Assemblée générale et attribués sur décision de la Commission d'action sociale.

Les dossiers complets de demandes d'allocations doivent être réceptionnés dans l'année suivant la survenance de l'évènement.

Pour en bénéficier, le Membre participant doit adresser sa demande par courrier à : « Avenir Mutuelle - Mutalliance Service fonds d'Action Sociale » 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12.

Il lui sera alors transmis un dossier à compléter et renvoyer, accompagné de toutes les pièces justificatives requises.