

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

## Ex Ma Nouvelle Mutuelle

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 17 octobre 2018

# Table des matières

PARTIE I CONTRATS SOUMIS AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITE .....	3
PREAMBULE.....	3
1 – OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE.....	3
2 – PRISE D’EFFET DES GARANTIES .....	3
3 – PERSONNES COUVERTES .....	3
4 – CONDITIONS D’ADHESION .....	3
5 – LES MONTANTS OU TAUX DE COTISATIONS .....	3
6 – CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS .....	3
7 – LES MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	4
8 – DETERMINATION DES PERIODES D’OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES .....	4
9 – SUSPENSION OU REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES.....	4
10 – RESILIATION OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE .....	4
11 – RESILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT .....	4
12 – CONSEQUENCES DES RESILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS .....	4
13 – PRESTATIONS.....	4
14 – CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES PRESTATIONS .....	5
15 – DECLARATION A EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE POUR LES PRESTATIONS .....	5
16 – DELAI POUR LA PRISE D’EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS.....	5
17 – ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS .....	5
18 – INFORMATIONS A TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHERENTS ET DE SES AYANTS DROIT ....	5
19 – CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPEE .....	5
20 – MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES .....	5
20-1 - A l’initiative de la mutuelle : REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D’ADMINISTRATION .....	5
20-2 - A l’initiative de l’adhérent : CHANGEMENT DE GARANTIE .....	5
21 – FONDS SOCIAL .....	6
22 – PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION .....	6
23 – PRESCRIPTION.....	6
24 – RESERVE.....	6
25 –INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	6
26 – RECLAMATIONS ET MEDIATION.....	7
26-1 – RECLAMATIONS .....	7
26-2 – MÉDIATION.....	7
27 – AUTRES GARANTIES ET SERVICES .....	7
27-1 – PRESTATION SOLIDARITÉ FAMILIALE .....	7
27-2 – RESEAU DE SOINS .....	7
28 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ .....	7
29 – GARANTIES NON RÉGIES PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT .....	7
29-1 – ASSISTANCE .....	7
29-2 – PROTECTION JURIDIQUE.....	7
29-3 – ALLOCATION NATALITE/ADOPTION.....	8
29-4 – GARANTIE FRAIS D’OBSÈQUES .....	8
30 – AUTORITE DE CONTRÔLE .....	8

# PARTIE I CONTRATS SOUMIS AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITE

## PREAMBULE

Le présent règlement mutualiste est établi par La Mutuelle Familiale, venant aux droits de l'ex Mutuelle Ma Nouvelle Mutuelle (MNM), par voie de fusion-absorption.

Il est constitué en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de La Mutuelle Familiale.

Ce règlement mutualiste détermine le fonctionnement des opérations individuelles pour les adhérents ayant souscrit l'une des garanties listées en annexe ; ces garanties sont fermées à la souscription.

Il constitue le contrat mutualiste qui définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement mutualiste est complété de ses annexes: tableau des prestations-cotisations de la garantie souscrite, fourni à l'adhésion et règlement des garanties, le tout constituant un ensemble indivisible.

## 1 – OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

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

Le règlement est adopté par le Conseil d'administration de la Mutuelle Familiale dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Le présent règlement individuel s'applique sans préjudice des dispositions prévues au Code de la Mutualité.

Le présent contrat mutualiste est régi par la loi française conformément aux dispositions des articles L. 225-2 et L. 225-3 du code de la mutualité.

## 2 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

Pour toute adhésion dont la date de signature se situe du 1er au 15ème jour du mois, l'adhésion est prise en compte à partir du 1er du mois en cours.

Après le 15ème jour du mois, l'adhésion prendra effet au 1er du mois suivant.

L'adhésion n'est effective qu'après encaissement réel de la cotisation. La carte d'adhésion n'est délivrée qu'après encaissement effectif de la cotisation.

## 3 – PERSONNES COUVERTES

Sont couverts les adhérents sans aucune limitation d'âge ainsi que leurs ayants droit, le conjoint, partenaire de PACS ou le concubin, les enfants jusqu'à leur 18 ans ou jusqu'à 25 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou reconnus handicapés, toute autre personne également à charge au sens du Code de la Sécurité Sociale.

La garantie du nouveau-né prend effet à la date de naissance de l'enfant. La déclaration doit être effectuée dans le mois qui suit la naissance.

## 4 – CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion est réservée aux personnes physiques, résidant habituellement en France et immatriculées à un régime obligatoire français d'assurance maladie. Le membre participant et ses ayants droit doivent obligatoirement être couverts par la même option.

La signature du bulletin d'adhésion implique l'acceptation des statuts, du règlement intérieur et du présent règlement mutualiste.

Le dossier d'adhésion complet se compose :

- du bulletin d'adhésion complété, daté et signé, conformément à l'article 7 des statuts ;
- de la photocopie de l'attestation d'immatriculation du régime d'assurance maladie.

Il n'y a pas de limitation de souscription aux garanties en fonction de l'âge de l'adhérent ou d'un de ses ayants droit, à l'exception de la gamme Quintessence pour laquelle l'adhérent et son ayant droit doivent être âgés au minimum de 55 ans pour y ouvrir droit.

Toute personne qui fait acte d'adhésion acquiert ainsi la qualité de membre participant. Les membres participants bénéficient des prestations de la mutuelle et peuvent en faire bénéficier leurs ayants-droits, nommément désignés au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion mentionne, notamment la garantie choisie.

## 5 – LES MONTANTS OU TAUX DE COTISATIONS

Les montants des cotisations sont précisés en annexe.

## 6 – CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants droit, selon la composition familiale, les revenus, l'ancienneté de l'adhérent et le secteur géographique de sa résidence principale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe).

Le nombre d'enfants soumis à cotisation est de deux enfants par adhérent, la cotisation est gratuite à partir du 3ème enfant couvert. En cas de naissance ou d'adoption, l'enfant est couvert gratuitement pendant 6 mois.

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (pour les contrats

indexés). Le Conseil d'Administration est compétent en matière de modification des cotisations des opérations individuelles, dans le respect des règles fixées par l'Assemblée générale.

## 7 – LES MODALITES 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 considéré comme une modification de l'échéance de l'adhésion. En cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviennent immédiatement exigibles.

Le prélèvement automatique est privilégié. Le règlement de la cotisation est nécessairement effectué par le biais d'un compte bancaire ou d'un instrument de paiement ouvert ou délivré par un organisme financier domicilié, enregistré ou établi en France.

## 8 – DETERMINATION DES PERIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu, dans les conditions des articles L221-7 et L 221-8 du Code de la Mutualité, tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

## 9 – SUSPENSION OU REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

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

- séjour prolongé à l'étranger
- détention à caractère pénal
- couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée.

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

En cas de mobilisation ou de captivité, le participant n'a pas le droit à la garantie santé pour lui-même.

Toutefois son conjoint (ou concubin ou partenaire de PACS) ainsi que ses enfants inscrits en qualité d'ayants droit, conserveront leurs droits à la garantie santé aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions pour être garantis.

## 10 – RESILIATION ET OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission.

En cas d'impayé des cotisations à la date d'échéance, la mutuelle adresse à l'adhérent deux relances par lettre simple.

En cas de non-paiement constaté après l'envoi de la 2ème relance, une mise en demeure est adressée informant l'adhérent que la non régularisation de paiement est susceptible d'entraîner sa radiation dans un délai de 40 jours.

S'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de 30 jours après la réception de la mise en demeure, la garantie est alors suspendue.

La résiliation peut être prononcée passé un nouveau délai de dix jours après cette suspension.

Même dans ce cas de résiliation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf dans le cas d'un contrat collectif obligatoire ou de la CMU déclaré dans un délai de trois mois.

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

## 11 – RESILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

La démission est donnée par écrit et lettre recommandée avec accusé de réception au siège ou à une agence de la mutuelle, avec un préavis de deux mois avant la date d'échéance du contrat.

## 12 – CONSEQUENCES DES RESILIATIONS 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 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.

## 13 – PRESTATIONS

Les garanties sont décrites en annexe du présent règlement.

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

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

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

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

Les prestations sont remboursées par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent ou du bénéficiaire 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. L'adhérent est informé des prestations versées par l'envoi semestriel d'un bordereau récapitulatif. Il lui appartient

de vérifier que les remboursements sont bien effectués. Les adhérents ont deux ans à compter de la date de soins pour en contester son remboursement. Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné.

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

Toutes les garanties proposées par la mutuelle prennent en charge au moins 2 actes de prévention conformément à la Loi du 13 août 2004. Ces actes sont précisés dans le tableau des prestations repris dans l'annexe au présent règlement.

#### 14 – CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations relèvent de la compétence du Conseil d'administration, seul habilité à les modifier, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

#### 15 – DECLARATION A EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE POUR LES PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période de soins considérée. L'adhérent doit transmettre le décompte original de la Sécurité Sociale à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent - et/ou des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

En cas de tiers payant pour certaines prestations (optique, dentaire, ...), le praticien doit effectuer une demande de prise en charge auprès de la mutuelle.

#### 16 – DELAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

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

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

#### 17 – ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux délivrés sur le territoire national (France métropolitaine, Départements et Régions d'Outre-Mer). Les frais engagés à l'étranger sont pris en charge sous réserve que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français et dans les limites prévus par le présent règlement.

Le remboursement de la Mutuelle intervient alors sur présentation :

- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge de l'adhérent exprimé en euros, lors d'un séjour dans un pays de l'EEE (Espace Économique Européen),
- du décompte du régime obligatoire français lors d'un séjour dans un pays hors espace économique européen,
- pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément pris en charge par la garantie de l'adhérent, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, traduite en français le cas échéant, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

#### 18 – INFORMATIONS A TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHERENTS ET DE SES AYANTS DROIT

Il est absolument nécessaire de signaler à la mutuelle tout changement d'adresse, de situation de famille (mariage, naissance, etc...), toute modification de coordonnées bancaires.

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur 18e année (année en cours – année de naissance), le membre participant doit fournir chaque année un certificat de scolarité ou d'apprentissage au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Les enfants étudiants restent couverts par l'adhérent principal jusqu'à leur 25e année.

#### 19 – CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPEE

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

En cas de décès d'un bénéficiaire, dans le cadre 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 du mois suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

#### 20 – MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

##### 20-1 - A l'initiative de la mutuelle : REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à ses prérogatives décrites à l'article 32 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutuelle est compétent en matière d'adoption et de révision du règlement mutualiste, des montants ou taux des cotisations et des prestations des opérations individuelles dans le respect des règles fixées par l'Assemblée Générale.

Toute évolution législative, réglementaire ou technique venant à modifier la portée des engagements de la mutuelle, pourra entraîner en conséquence, une révision des montants ou taux de cotisations, des prestations garanties, des conditions d'ouverture du droit à prestation et plus largement du règlement mutualiste et de ses annexes.

Ces modifications sont applicables de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

##### 20-2 - A l'initiative de l'adhérent : CHANGEMENT DE GARANTIE

La garantie choisie par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile. Le membre participant peut solliciter par écrit et au moins deux mois avant la fin de l'année civile, un changement de garantie sous réserve que l'adhésion à la garantie précédemment souscrite, ait été au moins d'une durée d'un an. L'adhérent ne pourra solliciter un changement de garantie que vers une gamme ou une option ouverte à la souscription.

Le changement de garantie prendra effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

En cas de changement de garantie, toute demande de prestation sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

Le changement de garantie fera sortir le membre participant du champ d'application du présent règlement mutualiste, l'adhésion aux garanties annexées au présent règlement n'étant pas ouverte. Seule la modification de ses ayants droit n'impacte pas son adhésion au présent règlement mutualiste.

## 21 – FONDS SOCIAL

Tout adhérent à la mutuelle peut solliciter en cas de difficultés ponctuelles la commission d'action sociale après un délai d'un an suivant sa date d'adhésion et à condition d'être à jour de ses cotisations.

La demande doit être motivée par des difficultés financières suite à un changement de situation lié à une rupture familiale, professionnelle ou à un événement grave entraînant une diminution conséquente de ressources ou une augmentation imprévue de charges.

En aucun cas l'aide exceptionnelle ne peut remplacer les aides institutionnelles. L'adhérent sera orienté vers les services sociaux (CAF, CPAM, CCAS, Caisse de retraite,...) chargés de répondre aux populations en matière d'aide sociale.

Une demande écrite est à adresser à la commission d'action sociale ainsi que tous les éléments justificatifs nécessaires à l'instruction du dossier.

Les aides ne pourront être accordées qu'après constitution d'un dossier complet, et sur la base d'un barème fondé sur le calcul du quotient familial fixé annuellement par la commission d'action sociale, approuvé par le Conseil d'Administration.

Les aides sont ponctuelles et accordées dans le cadre des budgets disponibles pour l'exercice en cours alloués par l'Assemblée Générale.

Les décisions de la commission d'action sociale sont sans appel.

## 22 – PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Les opérations, relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire et 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 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.

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 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.

## 23 – PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, 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 droit du membre participant décédé.

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

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

## 24 – RESERVE

## 25 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

La Mutuelle Familiale est amenée à recueillir et traiter des informations nominatives pour la passation, la gestion et l'exécution des garanties souscrites. Ces informations sont destinées à la Mutuelle, aux éventuels délégataire(s) de gestion, réassureurs, et partenaires, le cas échéant. Elles pourront notamment être utilisées à des fins de prospection commerciales avec l'accord de ses membres participants. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004 et au Règlement européen relatif à la protection des données personnelles n°2016/679, du 27 avril 2016, les informations recueillies sont confidentielles.

Chaque adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations le concernant. Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle, soit par courrier postal en

écrivain à La Mutuelle Familiale – Délégué à la Protection des Données - 52 rue d'Hauteville 75010 PARIS, soit par courrier électronique à [donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr](mailto:donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr).

La Mutuelle Familiale est également amenée à recueillir et traiter des informations nominatives pour le suivi et la gestion de la relation commerciale. Ces informations bénéficient des mêmes dispositions.

## 26 – RECLAMATIONS ET MEDIATION

### 26-1 – RECLAMATIONS

La Mutuelle Familiale met en œuvre tous les moyens nécessaires pour satisfaire les demandes de ses membres via son réseau de conseillers mutualistes et de gestionnaires.

Les membres participants peuvent néanmoins en cas d'insatisfaction formuler une réclamation en écrivant au service réclamations et qualité adhérent:

- soit par courriel à [reclamations-rs@mutuelle-familiale.fr](mailto:reclamations-rs@mutuelle-familiale.fr),
- soit par voie postale à l'attention de : La Mutuelle Familiale –Service Réclamations – CS 80041 – 84918 Avignon Cedex 9.

Le membre recevra accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de sa réception, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, l'adhérent recevra une réponse du Service réclamations et qualité adhérent au plus tard 2 mois après la date de réception de sa demande.

### 26-2 – MÉDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation: après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne par internet sur [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr) ou par courriel à [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr) ;
- soit par voie postale à l'attention de: Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine, sauf demande complexe. La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

## 27 – AUTRES GARANTIES ET SERVICES

### 27-1 – PRESTATION SOLIDARITÉ FAMILIALE

La Mutuelle Familiale offre à l'ensemble de ses adhérents individuels, une prestation additionnelle à leur garantie frais de santé, intitulée : « Solidarité familiale ». Cette prestation offre la possibilité aux membres participants de faire bénéficier leurs ayants droit, régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, de 10 jours de chambre individuelle, tout au plus, en cas d'hospitalisation ; ces jours ne devant pas avoir été consommés au titre de l'année civile. Cette demande, réalisée par écrit, doit être adressée au Service Prestations de la Mutuelle Familiale, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

### 27-2 – RESEAU DE SOINS

Les réseaux de soins favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. A ce titre, la Mutuelle Familiale a conclu une convention avec le réseau Kalivia, en vue de faire bénéficier ses membres participants de la qualité des services et prestations de celui-ci. Les membres participants ont le libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé auquel ils souhaitent recourir et demeurent égaux aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins. La Mutuelle Familiale tient à votre disposition sur simple demande les modalités de ce conventionnement.

## 28 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ

Une prime de fidélité correspondant à un mois de cotisation bénéficie aux adhérents ayant atteint 40 ans d'ancienneté à la Mutuelle Familiale. Cette prime, déduite en une seule fois ne s'applique que lorsque l'adhérent est membre de La Mutuelle Familiale, l'année suivant celle de son 40ème anniversaire d'adhésion, sans rétroactivité pour les adhérents ayant dépassé ce cap au sein d'une mutuelle ayant fusionné avec La Mutuelle Familiale.

## 29 – GARANTIES NON RÉGIÉS PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT

La Mutuelle Familiale propose, par le biais de contrats collectifs souscrits au bénéfice de ses membres ou en intermédiation, des garanties qu'elle n'assure pas directement. Ces garanties bénéficient directement à ses adhérents par inclusion au contrat mutualiste, ou elles peuvent être souscrites par les adhérents en adjonction d'une garantie proposée par La Mutuelle Familiale.

### 29-1 – ASSISTANCE

Un contrat d'assurance collective offrant un service assistance vie quotidienne, souscrit conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité auprès de l'organisme IMA Assurances, régi par le Code des assurances, sis 118, avenue de Paris à NIORT (79000), n° RCS 481511632, est ouvert pour apporter un soutien dans l'urgence face à des situations imprévues:

- à l'adhérent,
- son conjoint ou concubin notoire,
- les enfants et descendants directs fiscalement à charge, résidant en France métropolitaine et vivant habituellement sous le même toit.

Les garanties sont intégrées à l'ensemble des contrats souscrits par les adhérents, quelle que soit leur garantie.

Dans tous les cas, les prestations d'assistance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'événement et de la situation.

Les conditions d'application de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

### 29-2 – PROTECTION JURIDIQUE

Un service de Protection Juridique est inclut aux garanties santé présentées par le présent règlement mutualiste.

A compter du 1er janvier 2018, un contrat d'assurance collective offrant un service de Protection Juridique est souscrit conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité auprès de l'organisme MATMUT Protection Juridique, régi par le Code des assurances, sis à Rouen (76100) 66, rue de Sotteville, n° RCS 423 499 391, est ouvert pour apporter :

- une assistance juridique « Vie privée » par téléphone;
- une prestation « Recours médical » ;
- des mesures de protection de la personne (tutelle/curatelle).
- Les droits sont ouverts, pour les deux premiers points: « Vie privée » par téléphone et « Recours médical » :
- à l'adhérent ou son conjoint,
- aux enfants mineurs,
- aux enfants majeurs célibataires âgés de moins de 28 ans, sans ressource personnelle,
- aux ascendants fiscalement à charge,
- aux personnes dont l'adhérent ou son conjoint ont la tutelle ou la curatelle.

Concernant le troisième point: « Mesures de protection de la personne », ils sont ouverts :

- à l'adhérent ou son conjoint,
- aux enfants majeurs célibataires âgés de moins de 28 ans, sans ressource personnelle,
- aux ascendants fiscalement à charge,
- aux personnes dont l'adhérent ou son conjoint ont la tutelle ou la curatelle.

Ces garanties sont intégrées à l'ensemble des contrats souscrits par les adhérents quelle que soit leur garantie. Dans tous les cas, les prestations de Protection Juridique ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge.

Les conditions d'application de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

#### 29-3 – ALLOCATION NATALITE/ADOPTION

Conformément au contrat collectif souscrit par La Mutuelle Familiale auprès de la MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE - RNM 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil - 74960 CRAN-GEVRIER, en application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, une allocation natalité ou adoption est incluse aux garanties santé qui la prévoit.

#### 29-4 – GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

Conformément au contrat collectif souscrit par La Mutuelle Familiale auprès de la MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE - RNM 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil - 74960 CRAN-GEVRIER, en application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, une garantie frais d'obsèques est incluse aux garanties santé qui la prévoit.

### 30 – AUTORITE 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 de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

*Le présent règlement mutualiste est complété des annexes associées aux garanties souscrites. Ces documents sont disponibles sur le site Internet [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr). Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.*