



Règlement Mutualiste

Contrat Santé Jeunes

Règlement Mutualiste
Valant note d'information

mmg
GROUPE **vyv**

Sommaire

Règlement Mutualiste

Contrat Santé Jeunes

- Chapitre I • **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**
- Article 1 • **Objet du règlement**
 - Article 2 • **Risques couverts**
 - Article 3 • **Adhésion à la Mutuelle**
 - Article 4 • **Événements survenant en cours d'adhésion**
 - Article 5 • **Résiliation de la garantie, radiation, exclusion, nullité**
- Chapitre II • **GARANTIES FRAIS DE SANTÉ**
- Article 6 • **Cadre général**
 - Article 7 • **Versement des prestations**
- Chapitre III • **COTISATIONS**
- Article 8 • **Détermination et mode de calcul de la cotisation**
 - Article 9 • **Évolution de la cotisation**
 - Article 10 • **Paieement de la cotisation**
- Chapitre IV • **DISPOSITIONS DIVERSES**
- Article 11 • **Couverture des accidents**
 - Article 12 • **Prescription**
 - Article 13 • **Réclamations**
 - Article 14 • **Informatique et libertés**
 - Article 15 • **Échanges de données informatisées**
 - Article 16 • **Autorité de contrôle**

Titre I

Dispositions Générales

Article 1 - OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement mutualiste, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques entre, d'une part, la Mutuelle Mare-Gaillard (ci-après dénommé, la Mutuelle) et, d'autre part ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents) qui ont souscrit à titre individuel une garantie de frais de santé.

Il a été adopté par l'assemblée générale de la Mutuelle et peut être modifié par cette dernière ou le Conseil d'Administration ayant reçu pouvoirs à cet effet.

Il est également complété d'un tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent pour lui-même.

Article 2 - RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 - ADHÉSION À LA MUTUELLE

3.1 Modalités d'adhésion

Toute personne couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français, âgé entre 16 et 28 ans peut adhérer à la Mutuelle santé contrat jeunes, **pour lui-même** en signant un bulletin d'adhésion.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion la ou les garantie(s) choisie(s). Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par le tableau descriptif des garanties choisies et par la notice d'information des garanties supplémentaires.

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

3.2 Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties est la personne inscrite au bulletin d'adhésion.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion

Sauf date expressément prévue au bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

3.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

3.5 Durée dérogatoire de l'adhésion

Lorsque l'adhérent est en situation d'études ou d'apprentissage, dûment justifiée, l'adhésion prend effet du 1^{er} octobre de l'année en cours au 30 septembre de l'année suivante.

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 30 septembre de l'année civile suivante et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

Article 4 - Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 9.

4.1 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander une modification de la garantie de frais de santé jeunes pour lui-même :

- un mois minimum après la date d'adhésion en cas de montée en gamme
- douze mois minimum après la date d'adhésion en cas de descente de gamme
- douze mois minimum après la date du précédent changement de garantie.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la Mutuelle.

4.3 Évolution des garanties à l'initiative de la Mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 5 - Résiliation de la garantie, radiation, exclusion, nullité

5.1 À l'initiative de l'adhérent

5.1.1 Résiliation ou radiation

L'adhérent peut mettre fin à la garantie selon les modalités suivantes :

1. A l'échéance annuelle :

Avant le 31 octobre de l'année, l'adhérent peut mettre fin à la garantie en notifiant sa volonté à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ;
- par acte extrajudiciaire ;
- en cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication. Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet le 31 décembre.

2. En cours d'année :

A l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de son adhésion au règlement, le membre participant dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

La notification de la résiliation doit être adressée à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ;
- par acte extrajudiciaire ;
- en cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication.

Lorsque l'adhérent est un étudiant ou un apprenti répondant aux conditions prévues à l'article 3.5, il peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 30 Juillet de l'année.

La demande de résiliation, ou la demande de radiation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu' à prise d'effet de la résiliation.

En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande. La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation. La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent
Attribution de la CMU à l'adhérent	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.
Complémentaire Santé Solidaire	La résiliation prend effet au plus tôt 30 jours plus tard.

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité
SIREN : 314 559 451 – Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

N° Cristal 0969 326 325

5.1.3 Délai de rétractation en cas de vente à distance

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de délai de pénalité. Il effectue cette demande par lettre recommandée avec accusé de réception.

Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet. La mutuelle s'engage dans ce cas à restituer à l'adhérent dans les 30 jours à compter de la réception du courrier de rétractation, les sommes encaissées sous déduction des prestations que l'adhérent et les bénéficiaires auraient éventuellement perçues.

5.2 À l'initiative de la Mutuelle

5.2.1 En cas de non-paiement des cotisations

La Mutuelle décide de la résiliation de la garantie prévue au titre du présent règlement en cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 10.3

5.2.2 Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles 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 l'adhérent 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.

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Titre II

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 6 - Cadre général

6.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent bénéficie des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci ou, pour certaines prestations, à l'expiration du délai de stage prévu à l'article 7.1 du présent règlement. Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 11.

6.2 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

6.3 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

6.4 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

6.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

6.6 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- Les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle.

Article 7 - Versement des prestations

7.1 Stage

Il est appliqué un délai de stage d'une durée de 3 mois en hospitalisation calculé à partir de la date d'effet £ de la garantie indiquée au bulletin d'adhésion.

Ainsi les frais de santé liés à une hospitalisation dont le 1er jour intervient pendant le délai de stage ne seront pas pris en charge.

Toutefois, ce délai de stage ne s'applique pas :

- Lorsque les soins en cause sont consécutifs à un accident. Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle de l'hospitalisation incombe au bénéficiaire des soins ;
- Lorsque le bénéficiaire peut justifier, sur présentation d'un certificat de radiation, qu'il bénéficiait, antérieurement à son adhésion à la Mutuelle, d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les trois mois précédant cette adhésion ;

7.2 Règlement des prestations

7.2.1 Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

7.2.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- Les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- Les dates de début et fin de séjour pour :
 - les cures thermales ;
 - l'hospitalisation* ou la maternité** ;
 - les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

* Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)

- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

Les frais d'accompagnement lorsqu'ils sont pris en charge le sont uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée.

** Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

7.2.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- Des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- Des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées, ou tout autre document justificatif) ;

si nécessaire,

- Des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la Mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

L'adhérent est dispensé de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque sa caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent a bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, il ne peut se dispenser, pour obtenir son remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

7.2.4. Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

7.3 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le régime obligatoire.

Titre III

COTISATIONS

Article 8 - Détermination et mode de calcul de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie, du régime d'Assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties (âge calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance -1).

La cotisation varie avec l'âge des bénéficiaires au 1er janvier de chaque année.

Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

Le nouveau montant de la cotisation, liée à la modification de l'adresse de l'adhérent, prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de réception par la Mutuelle du courrier l'informant du changement d'adresse.

Article 9 - Évolution de la cotisation

La cotisation est ajustée, chaque année au 1er janvier par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration, lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière, notamment en fonction des résultats constatés, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé et des modifications d'ordre législatives ou conventionnelles.

À titre exceptionnel, la cotisation peut également être modifiée en cours d'année par l'assemblée générale ou le conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de l'assemblée générale.

Article 10 - Paiement de la cotisation

10.1 Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation. La cotisation est due pour l'année civile ou la période définie à l'article 3.5 et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

10.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

10.3 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période de 12 mois considérée. Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

- le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- À défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

Titre IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 11 - Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent règlement et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

11.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle. À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La Mutuelle n'intervient dans les remboursements de frais consécutifs à des accidents sportifs ou scolaires, qu'en complément de la Sécurité sociale et des organismes spécialisés couvrant ces risques et ce, dans la limite des tarifs conventionnels et des dépenses engagées.

11.4. Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la Mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 12 - Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit 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, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent 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 l'adhérent ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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 est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 13 - Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir **par courrier** le :

- Service Relation Qualité Clients (SRQC)
Mutuelle Mare Gaillard
Section Bernard 97190 Le Gosier

Enfin, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur.

Il peut être saisi, soit par courrier à l'attention de :

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Article 14 - Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux adhérents et de leurs ayants-droit éventuels constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (ci-après, « RGPD »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans le cadre de ses activités, la Mutuelle Mare-Gaillard met en œuvre des traitements de données à caractère personnel de ses adhérents et de leurs ayants-droit éventuels en qualité de responsable de traitement, situé Section Bernard – 97190 Le Gosier.

Le traitement des données à caractère personnel, est nécessaire, selon les traitements réalisés, aux finalités suivantes :

- La souscription, la gestion et l'exécution des contrats, et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'adhérent ou de ses ayants-droit éventuels pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé. Ce traitement se fonde sur l'exécution du contrat ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la Mutuelle Mare-Gaillard de garder des preuves en cas de réclamation et de litige ;
- L'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la mutuelle pour amélioration de ses services ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité
SIREN : 314 559 451 – Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

N° Cristal

0969 326 325

- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent. Ce traitement se fonde sur l'exécution des mesures précontractuelles de la part de la Mutuelle Mare-Gaillard ;
- La prospection commerciale, dans les conditions fixées par la réglementation, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres. Ce traitement se fonde sur votre consentement ;
- Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Les données personnelles identifiées par un astérisque [*] sont obligatoires. Le défaut de fourniture des données obligatoires aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et de ses ayants-droit éventuels peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle Mare-Gaillard étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants-droit éventuels pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier. Les destinataires des données de l'adhérent et de ses ayants-droit éventuels peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et uniquement dans le cadre de la réalisation des finalités susmentionnées : le personnel de la Mutuelle Mare-Gaillard ainsi que sa garante, ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. Les données à caractère personnel collectées, peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

La Mutuelle Mare-Gaillard s'engage à ce que les données à caractère personnel qu'elle collecte ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données à caractère personnel traitées.

La Mutuelle Mare-Gaillard s'engage à ce que les données à caractère personnel collectées ne soient pas conservées plus longtemps que nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Les données à caractère personnel des adhérents et de leurs ayants-droit éventuels seront ainsi conservées pendant la durée de la relation contractuelle, puis conformément aux obligations légales de conservation.

La Mutuelle Mare-Gaillard s'engage à respecter son référentiel des durées de conservation à savoir :

- Les données personnelles traitées pour la souscription, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées pendant la durée de la relation commerciale et cinq (5) ans à compter de la fin de la relation commerciale ;
- Les données personnelles traitées dans le cadre de la gestion de la prospection commerciale sont conservées trois (3) ans à compter de la fin de la relation commerciale en ce qui concerne les adhérents et elles sont conservées trois (3) ans à compter du dernier contact du prospect avec la Mutuelle ;
- Les données personnelles traitées dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telle que la lutte contre la fraude, sont conservées cinq (5) ans à compter de la clôture de tous les comptes de l'adhérents et la cession de leurs relations avec la Mutuelle.

Conformément aux dispositions du RGPD et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, l'adhérent et ses ayants-droit éventuels disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de leurs données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. L'adhérent et ses ayants-droit éventuels peuvent également, pour des motifs légitimes, limiter le traitement des données les concernant. Ils ont la possibilité de s'opposer, à tout moment, à un traitement de leurs données pour des raisons tenant à leur situation particulière et, lorsque leurs données sont traitées à des fins de prospection commerciale, sans avoir à se justifier. Par ailleurs, l'adhérent et ses ayants-droit éventuels ont la possibilité de définir des directives post mortem en précisant à la Mutuelle Mare-Gaillard la manière dont ils entendent que soient exercés leurs droits après leur décès.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants-droit éventuels peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière. Ces droits peuvent être exercés auprès du Data Protection Officer (DPO) par email à l'adresse dpo@maregaillard.com ou par courrier postal à l'adresse suivante :
Mutuelle Mare-Gaillard - Service DPO – Section Bernard – 97190 LE GOSIER.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants-droit éventuels peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité française de protection des données, sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07.

Article 15 - Échanges de données informatisées

Les adhérents sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Article 16 - Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au :

4, PLACE DE BUDAPEST
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09