



mutuelle de France

samir

Avant tout solidaire !

**SOCIETE D'ACTION MUTUALISTE
INTERPROFESSIONNELLE REGIONALE (SAMIR)**

7, RUE PASTEUR - 26000 VALENCE

Siren : 779 445 436

LEI : 96950010JI8H4XEMK958

**REGLEMENT MUTUALISTE
OPERATIONS INDIVIDUELLES**

*Validé lors de l'assemblée générale
du 15 juin 2018*

SOCIETE D'ACTION MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE REGIONALE (SAMIR) REGLEMENT MUTUALISTE

Mutuelle ayant son siège social au 7, rue pasteur - 26000 VALENCE

Immatriculée à l'INSEE sous le numéro 779 445 436

Numéro LEI : 96950010JI8H4XEMK958

Soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Le règlement intérieur précise les conditions d'application des statuts de la SAMIR.

PREAMBULE

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

1.1. GAMME GENERATION OMEGA

Options OMEGA : 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45

1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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

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

2. LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

La cotisation du membre participant et de ses ayants-droit est définie de manière forfaitaire. Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des options différentes. Les enfants souscrivent la même option que l'adhérent auquel ils sont rattachés. Un droit d'entrée unique de 10 euros est à verser lors de l'adhésion à la mutuelle. Les montants des cotisations figurent en annexe 2.

3. CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

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

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

- deux enfants par adhérent sont soumis à cotisation pour les options Oméga 10, 15, 20, 25 et 30
- tous les enfants sont soumis à cotisation pour les options 35, 40 et 45

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

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

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés). En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations. Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

4. LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. En cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviennent immédiatement exigibles.

À chaque rejet bancaire, des frais forfaitaires seront facturés.

Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

5. DÉTERMINATION DES PÉRIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

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

6. 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 A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

7. RÉSILIATION ET/OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission du fait d'un retard de plus de 6 mois dans le paiement de sa cotisation. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

- En cas d'impayés, la résiliation est précédée d'une mise en demeure envoyée dès que le délai de retard a dépassé 6 mois.
- S'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de 30 jours, la garantie est alors suspendue. La résiliation peut être prononcée passé un nouveau délai de dix jours. Même dans ce cas de résiliation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues.

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

8. RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant ne peut résilier son adhésion à la mutuelle qu'à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours. Pour cela, il doit adresser sa demande, par lettre recommandée, deux mois avant l'échéance.

Aucune résiliation n'est acceptée en cours d'année sauf dans certains cas de contrats collectifs obligatoires et de départ définitif à l'étranger.

9. CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

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

La 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.

10. PRESTATIONS

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

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

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

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

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 désigné au contrat mutualiste jusqu'à avis écrit contraire et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

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

Modalités de remboursement des garanties :

Les bonus fidélité sont versés après le 36^e mois continu et révolu de présence à la même option Oméga.

Les bonus fidélité ne sont ni reportés ni cumulés en cas de changement d'option. Les compteurs sont remis à zéro.

Les montants en euros ou en %PMSS sont versés en années glissantes, selon la période concernée.

1. Hospitalisation (3)

L'hospitalisation est prise en charge sur la base des codes DMT (discipline médico tarifaire).

Les séjours en EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes) et MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) sont exclus.

- *Chambre particulière (5)*

Sur la base du tarif en vigueur au 1er janvier, à partir du 1er jour, le 7ème pour Omega Eco.
La chambre particulière est limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie.

- **Forfait journalier (6)**

Le forfait journalier est sans limitation de durée. Pour Omega Eco, il est pris en charge à compter du 7ème jour. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

La chambre particulière et le forfait journalier hospitalier ne sont pas remboursables dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisées, les ateliers thérapeutiques, les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogiques et professionnels, les centres de rééducation professionnelle.

- **Lit d'accompagnant adulte et enfant (4)**

Pour tout séjour en chirurgie ou médecine, le remboursement du lit d'accompagnant uniquement est limité à 15 jours par année civile.

La prestation est rattachée au bénéficiaire hospitalisé.

2. Hospi'Zen, Denti'Zen, opération des yeux (7)

Forfaits annuels limités à un acte par an pour l'ensemble des actes prescrits médicalement versé en complément du remboursement par le régime obligatoire (Hospi'Zen) ou en cas de refus de celui-ci.

Le remboursement s'effectue dans la limite des frais engagés après 12 mois d'appartenance à l'option sur présentation de la facture d'honoraires, précisant les dates, le ou les bénéficiaires.

3. Bien-être, Médi'Zen (1)

Forfaits annuels pour l'ensemble des actes prescrits médicalement et non remboursés par le régime obligatoire.

Pour les consultations, les préservatifs et les tests prévus par les forfaits bien-être et Medi'zen la prescription médicale n'est pas obligatoire.

Le remboursement s'effectue dans la limite des forfaits annuels sur présentation de la facture d'honoraires, précisant les dates, le ou les bénéficiaires et le nombre de séances effectuées et ce dans la limite de 20 € par séance ou demande.

Pour l'ostéopathie, la prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs diplômés (conformément à l'article 75 de la loi du 02/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins).

3. Bonus fidélité Bien-être, Médi'Zen (2)

Le bonus est accessible dès le 37ème mois de présence continu à la mutuelle et n'est pas cumulable au forfait. Il permet à l'adhérent de bénéficier du remboursement d'une facture ou d'une séance supplémentaire, dans la limite de 20 €.

4. Dentaire

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

Ainsi :

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

- **Prothèse (8)**

Accord préalable de la mutuelle sur devis, le remboursement annuel plafonné par personne assurée et par mois d'appartenance à la mutuelle :

500 € : jusqu'à 12 mois inclus d'appartenance la mutuelle,
1 000 € : du 13e mois d'appartenance la mutuelle et jusqu'au 24e mois inclus,
1 500 € : du 25e mois d'appartenance la mutuelle et jusqu'au 36e mois inclus,
3000€ dès le 37 ème mois continu et révolu d'appartenance la mutuelle.

Aucun plafond dès le 37^{ème} mois continu et révolu d'appartenance la mutuelle.
Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 100% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).

- *Prothès'Zen (9)*
Forfait versé dans la limite des frais engagés dès le 37^{ème} mois de présence continue de présence à la mutuelle Forfait réduit de moitié si la base de remboursement est inférieure à 147 € par devis.
- *Implantologie (10)*
Forfait annuel versé dès le 13^{ème} mois de présence à l'option continu, remboursement de trois implants par année glissante maximum.

5. Optique (11)

Les verres teintés sont remboursés uniquement lorsqu'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale,

La date de référence pour le versement des prestations est la date de la prise en charge délivrée à l'opticien ou à défaut la date de la facture. Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans glissants à la date d'achat sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, dans ce cas 1 an. Pour la garantie Omega 10 pas de limitation.

6. Appareillage

- *Prothèses auditives (12)*
La prise en charge de la mutuelle est accordée pour un équipement de 2 appareils par période de 36 mois et par bénéficiaire et dans la limite du forfait. En cas de prescription d'un seul appareil, il sera retenu pour base de remboursement la moitié du forfait. Ce forfait ne comprend pas les réparations.
- *Audi'Zen (remplacement et réparation) (13)*
Forfaits pour 2 appareils dans la limite des frais engagés après le 36^{ème} mois continu et révolu de présence à la mutuelle En cas de prescription d'un seul appareil, il sera retenu pour base de remboursement la moitié du forfait.

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

Liste disponible auprès de la mutuelle.

11. CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Lorsqu'en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

12. CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

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

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

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

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

13. DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

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

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

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

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

Il n'y a pas de délai de stage (ou d'attente) pour la prise d'effet du droit aux prestations sauf pour les nouveaux adhérents choisissant une couverture équivalente ou supérieure à Oméga 25 et non couverts par un organisme complémentaire santé dans les trois derniers mois :

- Stage de 3 mois pour les actes médicaux, la pharmacie, appareillages, transports, cures thermales
- Stage de 6 mois pour l'hospitalisation sauf accident, dentaire et optique

Pendant ce délai de stage, la mutuelle ne prendra en charge que le ticket modérateur sur tous les soins (médecine, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, appareillage, cure thermique, transports) et le forfait journalier en cas d'hospitalisation médicale pour laquelle le régime obligatoire intervient.

14. ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

1) Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

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

2) Dans les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie- CEAM), si vous n'avez pas eu d'avance de frais à faire, ou que vous avez été remboursés sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour, la mutuelle n'interviendra pas.

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

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

16. CAS OUVRANT DROIT À RESILIATION ANTICIPÉE

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

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

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

17. MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

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

Dans tous les autres cas le changement d'option intervient au 1^{er} janvier de chaque année.

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

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

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

Les plafonds s'appliquent lors du changement de garanties :

- **Prothèses dentaires** : remboursement annuel plafonné par personne assurée et par mois d'appartenance à la mutuelle :
 - 500 € : jusqu'à 12 mois d'appartenance à la mutuelle
 - 1 000 € : du 13^e mois d'appartenance à la mutuelle et jusqu'au 24^e mois,
 - 1 500 € : du 25^e mois d'appartenance à la mutuelle et jusqu'au 36^e mois,
 - 3000€ : dès 36 mois continus et révolus d'appartenance à la mutuelle
- **Orthodontie**
 - Plafond de 550 € appliqué les 12 premiers mois d'appartenance à Oméga 35, 40 et 45.
 - En cas de changement d'option avant le 36^e mois, les bonus fidélité ne sont pas acquis.

18. PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

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

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

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

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

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

19. PRESCRIPTION

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

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

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

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

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

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

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

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

20. RECLAMATIONS

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

Mutuelle de France - SAMIR
Service réclamation
7, rue Pasteur
26 000 VALENCE

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant la réception de la dernière des pièces complémentaires du dossier.

21. MEDIATION

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

Mutuelle de France - SAMIR
Monsieur Nicolas Dumont
Médiateur
39 rue du Jourdil - Cran Gevrier – CS 99050 – 74992 ANNECY cedex 9
ou mediation@mutuelles-entis.fr

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

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

22. LOI APPLICABLE

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité :

I – Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L 225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II – On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

23. PROTECTION DES DONNEES

Article 23.1 - Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

dpo@mutuelles-entis.fr ou Délégué à la Protection des données, 39 rue du Jourdil - Cran Gevrier – CS 99050 – 74992 ANNECY cedex 9.

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

23.1.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,

- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle .

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention .

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours ,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales ainsi que des offres des partenaires de la mutuelle.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment .

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

23.1.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux). Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

23.1.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

23.1.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

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

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : Mutuelle de France SAMIR – 7 rue Pasteur -26000 Valence

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

24. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

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

1.2. Autres Garanties Individuelles

Gamme A, B, C, D et S

Gamme Equilibre, Essentiel, Harmonie, Privilège et Optimum

Garantie 100% hospitalisation

1. 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. L'échéance de toute adhésion, régime ou option étant le 31 Décembre.

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

2. LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS (ANNEXE)

La cotisation du membre participant et de ses ayants droit est définie de manière forfaitaire (*adhérent individuel et collectif*) ou en pourcentage de la masse salariale ou du P.M.S.S. (*pour certaines adhésions collectives à caractère obligatoire*). La cotisation est familiale. (Annexe : *barème des cotisations*).

Un droit d'entrée unique de 10 €uros est à verser lors de l'adhésion à la mutuelle.

3. CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS

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

Pour les garanties A, B, C, D et S, un membre participant ou un ayant droits bénéficiant d'un 100% partiel pris en charge par la sécurité sociale peut bénéficier d'une remise de 15% sur le montant de la cotisation qui lui incombe. Seules les notifications communiquées avant le 1^{er} mai 2005 donnent droit à cette réduction.

Pour les contrats individuels, en cas de naissance, l'enfant est couvert gratuitement jusqu'à la date de son premier anniversaire. En cas de mariage, si le conjoint – non couvert par la mutuelle antérieurement- est inscrit dans un délai de trois mois, il bénéficie de la gratuité de cotisation sur les six premiers mois.

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

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

4. LES MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour les garanties individuelles, le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance. Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion.

Pour les garanties collectives faisant l'objet d'un paiement groupé des cotisations, l'appel de cotisations est constitué par l'émission du listing des adhérents tel qu'il est établi au jour de l'échéance.

5. DETERMINATION DES PERIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, la durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée, conformément à la procédure détaillée à l'article 8.

6. SUSPENSION OU REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

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

- séjour prolongé à l'étranger,
- service national,
- détention à caractère pénal,
- couverture complémentaire obligatoire du fait d'une embauche à durée déterminée.

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

7. RESILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

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

Peuvent également être radiés, les membres participants qui n'auront pas réglé leurs cotisations.

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

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

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour 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.

8. RESILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

L'adhérent peut mettre fin à son contrat chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception, deux mois avant la date d'échéance, le 31 décembre de chaque année.

La date d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de son adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt 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.

9. 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.

10. PRESTATIONS (ANNEXE : TABLEAUX DES PRESTATIONS)

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

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

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

Les prestations sont remboursées par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents originaux. La mutuelle pourra demander toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Le remboursement des prothèses dentaires est soumis à un plafond de 3000€ par année civile ;

Au-delà de ce plafond, seul le ticket modérateur sera remboursé sur les prothèses dentaires.

Principes de remboursement :

Les prestations de la mutuelle sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, sans comprendre le montant de la part sécurité sociale.

Le montant des remboursements des frais médicaux par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge effective du membre participant après tout autre remboursement.

Conformément à la nouvelle réglementation sur les contrats responsables et le parcours de soins coordonné, les prestations d'assurance maladie complémentaire fournies par la mutuelle selon les modalités et les conditions prévues par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale sont remboursées comme suit :

- la mutuelle prend en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné L.162-5-3 du code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci dans les conditions fixées à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale ;
- la mutuelle ne prend pas en charge la majoration de participation mentionnée à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale, et laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi et la réglementation.

Cette exclusion de prise en charge ne s'applique pas lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable de l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus.

La mutuelle ne prend pas en charge la majoration de la participation prévue à l'article L.161-36-2 du code de la sécurité sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;

- la mutuelle ne prend pas en charge en totalité les dépassements d'honoraires, dès que les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par la loi et la réglementation ;
- la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire visée à l'article L. 322-2-II du code de la sécurité sociale.
- La mutuelle prend en charge la participation des assurés de 18 euros sur les interventions médicales lourdes (actes techniques de plus de 91 euros) instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.
- la mutuelle ne prend pas en charge les médicaments dont le taux de prise en charge par le régime obligatoire est inférieur à 35 %.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points

conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

11. SECOURS EXCEPTIONNELS

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

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

- courrier détaillé expliquant la demande de secours
- tous les justificatifs de revenus (avis d'imposition, derniers bulletins de salaires du foyer, retraites ASSEDIC ...)
- facture détaillée et acquittée des frais
- photocopie de la quittance de loyer ou tableau d'amortissement du prêt pour les propriétaires
- la copie du courrier de réponse de votre caisse principal, pour la demande de secours.

12. CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires. Si, en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

13. CONDITIONS ET MODALITES DE DECLARATION A EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

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

Si les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : sauf certain cas et en fonction des informations reçues où il pourra être demandé une facture à l'adhérent pour permettre d'effectuer le remboursement des soins, aucune autre démarche n'est nécessaire.

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

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

14. DELAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

Il n'y a pas de délai (ou de « stage ») pour la prise d'effet du droit aux prestations, sauf pour les nouveaux adhérents individuels ne justifiant pas d'une couverture complémentaire santé dans les trois derniers mois pour les options C et D souscrites après 35 ans et les options Avantage, Privilège et Optimum, :

- le délai est de trois mois pour tous les risques. En tout état de cause, le ticket modérateur et le forfait journalier seront pris en charge de manière immédiate et illimitée.

Lors d'un ajout de bénéficiaire il n'y a pas de délai (ou de stage) pour la prise d'effet du droit aux prestations si l'enfant est inscrit dans les deux mois suivant la naissance ou si le conjoint est inscrit dans les deux mois suivant le mariage.

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

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

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

Pour les prothèses dentaires déjà engagées à la date d'adhésion à la mutuelle, si les soins sont en cours ou si le devis a été signé et accepté avant la date d'adhésion, les frais ne sont pas pris en charge, même si la date d'exécution est postérieure à l'adhésion.

15. ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

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

1) Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

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

2) Dans les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie- CEAM), si vous n'avez pas eu d'avance de frais à faire, ou que vous avez été remboursés sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour, la mutuelle n'interviendra pas.

16. INFORMATIONS A TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHERENTS ET DE SES AYANT DROITS

Dans un délai de trois mois, le membre participant est tenu d'informer la mutuelle de tout événement pouvant influencer la gestion administrative de son dossier (*changement d'adresse, de situation professionnel, mariage, divorce, décès, naissance, adoption, ...*) et de fournir les justificatifs nécessaires.

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur dix-huitième année, les enfants étudiants restent couverts par l'adhérent principal jusqu'à leur 26^{ème} année. À l'issue de la dernière année scolaire, l'ayant droit peut rester couvert par l'adhérent principal jusqu'au 31 décembre de l'année en cours sauf s'il a trouvé un emploi.

17. CAS OUVRANT DROIT 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 d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

Sur présentation d'une pièce justificative en cas de départ définitif à l'étranger ou dans le cadre de la mise en place d'un contrat groupe obligatoire par l'employeur, la démission du membre participant pourra être effective à compter du premier jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité, En outre, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession ou de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

La mutuelle doit rembourser à l'adhérent 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.

18. MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires.

Le membre participant peut modifier sa couverture santé à la mutuelle en adressant une demande écrite, par lettre recommandée, un mois avant l'échéance annuelle du 1^{er} janvier.

19. PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

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

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

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

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

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

20. PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

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

21. RECLAMATIONS

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

Mutuelle de France - SAMIR
Service réclamation
7, rue Pasteur
26 000 VALENCE

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant la réception de la dernière des pièces complémentaires du dossier.

22. MEDIATION

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

Mutuelle de France - SAMIR
Monsieur Nicolas Dumont
Médiateur
39 rue du Jourdil - Cran Gevrier – CS 99050 – 74992 ANNECY cedex 9
ou mediation@mutuelles-entis.fr

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

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

23. LOI APPLICABLE

Conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité,

I. Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L.225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- a) le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- b) l'employeur ou la personne morale signataire, s'il s'agit d'une opération collective.

24. PROTECTION DES DONNEES

Article 24.1 - Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes : dpo@mutuelles-entis.fr ou Délégué à la Protection des données, 39 rue du Jourdil - Cran Gevrier – CS 99050 – 74992 ANNECY cedex 9.

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

24.1.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle .

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention .

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours ,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales ainsi que des offres des partenaires de la mutuelle.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment .

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

24.1.2 Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

24.1.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

24.1.4 Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

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

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : Mutuelle de France SAMIR – 7 rue Pasteur -26000 Valence

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

25. AUTORITE DE CONTROLE

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), 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

