



CDC Mutuelle
71 rue Desnouettes – 75015 PARIS
Régie par le Livre II du Code de la Mutualité
784 301 434

Règlement mutualiste

Grand Public

SOMMAIRE

Titre 1 – Dispositions générales

Article 1 – Objet

Article 2 – Territorialité des garanties

Article 3 – Adoption et modification du règlement mutualiste

Article 4 – Adhésion

Article 5 – Faculté de dénonciation en cas d'adhésion à distance

Titre 2 – Les obligations des adhérents envers la Mutuelle

Chapitre 1 – Cotisations

Article 6 – Détermination du montant de la cotisation santé

Article 7 – Cotisation des membres honoraires - personnes physiques

Article 8 – Réduction et cas d'exonérations de la cotisation

Chapitre 2 – Paiement des cotisations

Article 9 – Notification des cotisations

Article 10 – Moyens de paiement

Chapitre 3 – Informations dues par les membres participants

Article 11 - Justificatifs de la composition du foyer du membre participant et de ses ressources

Article 12 – Justificatifs des droits et dépenses engagées

Article 13 – Information de la Mutuelle en cas de changement de situation

Titre 3 – Les obligations de la Mutuelle envers les adhérents

Chapitre 1 – Ouverture des droits aux prestations et aux services

Article 14 – Condition d'ouverture des droits

Article 15 – Plafond de prise en charge

Article 16 - Forclusion

Chapitre 2 – Prestations

Section 1 : PRESTATIONS SANTE

Article 17 – Etendue des garanties

Article 18 – Frais d’hospitalisation – Frais dentaires

Article 19 – Contrats responsables

Article 20 – Information sur la modification des garanties choisies

Article 21 – Subrogation

Article 22 – Règlement des prestations

Section 2 : SERVICES ASSOCIES

Article 23 - Accès aux autres services proposés par la Mutuelle

Titre 4 – Résiliation – cessation des garanties

Article 24 – Faculté de résiliation annuelle

Article 25 – Faculté de résiliation infra-annuelle

Article 26 – Radiation ou exclusion du membre participation

Article 27 – Radiation d’un ayant droit

Titre 5 – Dispositions diverses

Article 28 – Réclamations - Médiation

Article 29 – Protection des données à caractère personnel

Article 30 : Réglementation relative à la directive distribution assurance

Article 31 – Autorité de contrôle

Article 32 – Droit applicable – Langue des échanges

Article 33 – Nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – Objet

Conformément aux dispositions de l'article 5 des statuts, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements existant entre la Mutuelle et les membres participants n'ayant pas la qualité d'agents publics du Groupe de la Caisse des Dépôts, en ce qui concerne les garanties « frais de santé » souscrites par lesdits membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droits rattachés, 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 le régime d'assurance maladie obligatoire.

Article 2 – Territorialité des garanties

Les garanties proposées par la Mutuelle ne couvrent que les soins effectués en France (Départements et Régions français d'Outre-mer inclus, mais à l'exclusion des Collectivités d'Outre-Mer) et les soins effectués hors de France, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire (RO) français dont relève le membre participant.

Article 3 – Adoption et modification du règlement mutualiste

Le Conseil d'Administration adopte, et modifie en tant que de besoin, le(s) règlement(s) mutualiste(s) portant sur les opérations individuelles de la Mutuelle, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Ce faisant, le Conseil d'Administration détermine les montants ou taux de cotisation ainsi que les prestations relatives aux opérations individuelles et veille à les adapter et à les modifier en tant de besoin afin de tenir compte, notamment, des règles générales fixées par l'Assemblée Générale, des évolutions législatives ou réglementaires et des mesures destinées à préserver l'équilibre financier de la Mutuelle.

Par ailleurs, le Conseil d'Administration est seul compétent pour déterminer les cotisations et prestations applicables aux opérations collectives, ainsi que le contenu des contrats collectifs, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Article 4 – Adhésion

4.1 Modalités de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion et du paiement de la première cotisation. Le signataire du bulletin d'adhésion devient membre de la Mutuelle à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

A compter de cette date, il bénéficie des prestations de la Mutuelle et en ouvre le droit à ses ayants droits.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle, ainsi que des dispositions du présent règlement mutualiste.

La Mutuelle propose quatre formules de garanties santé complémentaire à savoir :

- La garantie « Solidarité »
- La garantie « Bronze »
- La garantie « Essentielle »
- La garantie « Prendre soin de soi ».

Elle propose également deux formules de garanties surcomplémentaires :

- La « Soins courants »
- « L'Hospitalisation ».

Ces formules de garanties sont ouvertes à tous les membres participants et à leurs ayants droits, quels que soient leur état de santé et sans condition d'âge.

L'adhésion à l'une de ces formules « sur complémentaires » est obligatoire pour une durée minimale d'une année avec tacite reconduction. La formule choisie s'applique au membre participant et à tous ses ayants droits affiliés. Le membre participant ne peut donc opter pour une formule de garanties « sur complémentaires » différente pour lui-même et ses ayants droits.

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- Copie de la Carte Nationale d'Identité (ou carte de séjour) en cours de validité
- RIB et, le cas échéant, le RIB des ayants-droits
- Certificat de radiation de l'ancienne mutuelle, le cas échéant
- Extrait d'acte de naissance (mariage), ou copie du récépissé d'enregistrement du PACS ou du certificat de concubinage (selon situation familiale)
- Copie du livret de famille (y compris ceux délivrés par des autorités étrangères)
- Copie attestation Vitale (différente de la carte vitale) téléchargeable sur votre compte Ameli.fr
- Copie des attestations Vitale des ayants-droits ayant leur propre n° de Sécurité sociale
- Certificat de scolarité pour les enfants à charge de plus de 21 ans
- Copie de la notification de mise à la retraite (**pour les retraités**)
- Copie du dernier bulletin de salaire, étant précisé que la Mutuelle pourra, le cas échéant, demander une copie du contrat de travail (**pour les actifs**).

La Mutuelle se réserve le droit de demander tout justificatif complémentaire qu'elle jugerait utile lors de la souscription.

4.2 Prise d'effet et date d'échéance

L'adhésion prend effet, au plus tôt, le 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion par le membre participant et le paiement de sa première cotisation. L'adhérent peut toutefois indiquer, sur son bulletin d'adhésion, une prise d'effet différée de son adhésion, qui doit toujours correspondre au 1er jour d'un mois civil.

L'adhésion prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre de l'année en cours.

Les garanties se renouvellent ensuite annuellement, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations qui s'effectue à terme échu. L'échéance de toute adhésion régime ou Option est fixée au 31 décembre.

L'adhésion peut prendre fin dans les conditions du Titre 3 ci-dessous.

4.3 Changement de garanties

Lors de la souscription, l'adhérent choisit la garantie correspondant à ses besoins.

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

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie au sein de la garantie souscrite doit en faire la demande à la mutuelle.

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

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

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

Par dérogation à ce qui précède à la demande motivée de l'adhérent, la mutuelle peut accepter un changement de garantie par anticipation au délai incompressible précité. Cette acceptation est à la discrétion de la mutuelle qui apprécie suivant les motifs présentés pour justifier d'un changement anticipé (ALD, changement de situation familiale...)

Un changement de formule ne peut être effectué qu'une fois dans la vie du contrat.

Article 5 – Faculté de dénonciation en cas d'adhésion à distance

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription en respectant le même formalisme qu'à la souscription pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie.

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat.

En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation

« Madame, Monsieur,

En application de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ..., le cachet de La Poste faisant foi.

Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat.

Veillez agréer,/ Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

En cas d'exercice par le membre participant de sa faculté de renonciation, la Mutuelle lui restitue les cotisations versées sauf, le cas échéant, la fraction de cotisation proportionnelle aux prestations fournies par la Mutuelle au membre participant pendant le délai de renonciation.

TITRE 2 - LES OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} COTISATIONS

Article 6 - Détermination du montant de la cotisation santé

La cotisation réclamée aux adhérents couvre les prestations garanties par la Mutuelle en fonction de la formule choisie, (prestations directement liées aux prestations versées dans le cadre du contrat choisi, les garanties d'assistances, les frais de fonctionnement de la Mutuelle, les taxes, et permet le maintien des réserves prudentielles édictées par les textes législatifs et réglementaires. En cas d'instauration ou de modification de taxes et autres charges fiscales liées aux cotisations, la Mutuelle se réserve le droit d'augmenter les cotisations à la date d'effet de ces nouvelles taxes et charges.

La garantie « Solidarité », et la garantie « Bronze » de la Mutuelle, sont tarifées par tranches d'âge. Les tarifs sont portés en annexe du présent règlement.

La garantie « Essentielle » et les options proposées par la Mutuelle, sont tarifées par âge. Les tarifs sont portés en annexe du présent règlement.

La garantie « Prendre soin de soi », proposée par la Mutuelle est présentée sur la base d'une cotisation annuelle unique.

Les surcomplémentaires présentées par la Mutuelle, sont tarifées par tranches d'âge. Les tarifs sont portés en annexe du présent règlement.

Le changement de tarif lorsque la garantie est tarifée en tranche d'âge s'effectue le lendemain de la date anniversaire de l'adhérent ou de l'ayant droit sauf pour l'ayant-droit enfant de 18 ans (cf article 6.3).

Les tarifs sont portés en annexe du présent règlement.

6.1 Cotisation du membre participant

Elle est fixée par tranche d'âge pour les garanties « Solidarité », « Bronze » et les Surcomplémentaires, conformément aux dispositions ci-dessous. Elle est fixée par âge pour la garantie « Essentielle ».

6.2 Cotisation de l'ayant droit (sauf enfants)

Pour le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin du membre participant, la cotisation due est égale au montant fixé pour la tranche d'âge ou l'âge considéré.

6.3 Cotisation due au titre de l'ayant droit enfant (tel que défini à l'article 10 des statuts de la Mutuelle)

Tel que défini à l'article 10 des statuts de la Mutuelle : la cotisation santé est celle visée ci-dessous, sous réserve des dispositions de l'article 8 ci-dessous.

1. Jusqu'au 31 décembre de l'année du 18^{ème} anniversaire : la cotisation due est égale à 50 % du montant de la cotisation santé, sous réserve des dispositions de l'article 9 ci-dessous.
2. A partir de l'année du 18^{ème} anniversaire et au-delà de la date susvisée, l'ayant droit peut devenir membre participant et bénéficiaire des tarifs de sa tranche d'âge.

6.4 Cotisation due au titre de l'ayant droit pour la garantie « Prendre soin de soi »

La cotisation due est égale à un tarif annuel figurant à l'annexe 8 du présent règlement.

6.5 Cotisation due au titre des surcomplémentaires

Tel que défini par les statuts de la Mutuelle : la cotisation des surcomplémentaires Hospitalisation et/ou Soins courants sont celles correspondant au tarif de la tranche d'âge du membre participant ou de ses ayants droits.

Les réductions prévues dans ce présent règlement ne s'appliquent pas ni aux surcomplémentaires, ni à la garantie Prendre soin de soi.

Article 7 – Cotisation des membres honoraires - personnes physiques

Le montant annuel de la cotisation des membres honoraires personnes physiques, tels que définis à l'article 7 des statuts de la Mutuelle, est fixé à une mensualité de la cotisation santé dont il bénéficiait avant de devenir membre honoraire telle que prévue à l'article 6 du présent règlement.

Article 8 – Réduction et cas d'exonérations de la cotisation

8.1 Réduction couple

Le conjoint d'un adhérent qui adhère en qualité d'ayant droit bénéficie d'une réduction de cotisation à hauteur de 10%.

8.2 Réduction famille

Lorsque l'adhérent adhère avec l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants ou adhérent – parent isolé - et enfants) il est appliqué une réduction de cotisation de 10% pour le conjoint et 10% supplémentaire pour les enfants de moins de 18 ans.

8.3 Exonération famille nombreuse

A compter du 4^{ème} enfant à charge et des suivants, le membre participant est exonéré du paiement de leur cotisation santé

8.4 Exonération naissance ou adoption

Le membre participant est exonéré de la cotisation de l'enfant pendant les 12 premiers mois suivant sa naissance ou son adoption.

CHAPITRE 2

PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 9 - Notification des cotisations

La Mutuelle notifie chaque année à chaque membre participant le montant annuel

et mensuel des cotisations dues à terme échu au titre de sa garantie santé, pour lui-même et pour ses ayants droit.

Cette notification prend la forme d'un appel de cotisations détaillé.

Article 10 - Moyens de paiement

Les cotisations dues à la Mutuelle sont payables par prélèvement automatique, le membre participant renseignant à cet effet le mandat SEPA figurant sur le bulletin d'adhésion, ou bien par chèque libellé à l'ordre de la Mutuelle.

CHAPITRE 3

INFORMATION DUES PAR LES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 11 - Justificatifs de la composition du foyer du membre participant et de ses ressources

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants acceptent de fournir à la Mutuelle, sur demande de cette dernière, toutes justifications concernant notamment la composition de leur foyer, pour permettre le calcul de leurs cotisations santé, lorsqu'ils sollicitent le bénéfice d'un service ou, le cas échéant, d'une allocation ou d'une aide de la Mutuelle, toutes justifications concernant leurs ressources.

Article 12 - Justificatifs des droits et dépenses engagées

Les membres participants et ayants droit ont l'obligation de fournir à la Mutuelle tout justificatif à l'appui de leurs demandes de versement de prestations.

Article 13 – Information de la Mutuelle en cas de changement de situation

Les membres participants doivent informer la Mutuelle, dans un délai maximum de deux (2) mois à compter du fait générateur, de tout changement survenant dans leur situation administrative ou familiale et susceptibles d'influer sur leur droits et obligations.

A défaut, la Mutuelle pourrait, le cas échéant, prétendre au remboursement de prestations indûment versées.

TITRE 3 - LES OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

CHAPITRE 1^{er}

OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS ET AUX SERVICES

Article 14 - Conditions d'ouverture des droits

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 15 - Plafond de prise en charge.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 16 – Prescription

Toutes actions (demandes de paiement des prestations au régime complémentaires (RC) accompagnés des justificatifs) dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (date des soins OU de la facture).

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-droits du membre participant décédé. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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.

CHAPITRE 2 : PRESTATIONS

SECTION 1 : PRESTATIONS SANTE

Article 17 - Étendue des garanties

Les prestations santé garanties par la Mutuelle sont détaillées dans le tableau des "Prestations complémentaires maladie" annexé au présent Règlement :

- annexe 1 pour la garantie « Solidarité »
- annexe 2 pour la garantie « Bronze »
- annexe 3 pour la garantie « Essentielle »
- annexe 4 pour la surcomplémentaire Hospitalisation
- annexe 5 pour la surcomplémentaire Soins courants

Les prestations servies viennent en complément de celles du régime obligatoire (RO) d'assurance-maladie. Le taux d'intervention de la Mutuelle figure dans la colonne 2 du tableau des prestations complémentaires maladie incluant la part du régime obligatoire (RO).

Lorsque la Mutuelle prend seule en charge une prestation non prise en charge par le régime obligatoire (RO) d'assurance maladie français, le niveau de sa seule intervention figure dans cette même colonne.

Les autres prestations santé garanties par la Mutuelle sont détaillées dans les tableaux annexés au présent Règlement.

Les remboursements de la Mutuelle au titre de la couverture « sur complémentaire » ajoutés à ceux perçus par l'adhérent de la part du régime obligatoire ou/et de tout autre organisme complémentaire sur la base d'autres contrats d'assurances maladie complémentaires ou surcomplémentaire(s) ne peuvent excéder le montant des dépenses réellement engagées par l'assuré.

Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes. En application de la réglementation les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription.

Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

La couverture « sur complémentaire » du présent règlement mutualiste est suspendue en cas de suspension pour quelque motif que ce soit, de la couverture « contrat Solidarité ou Bronze » dont elle vient compléter les remboursements.

Article 18 - Frais d'hospitalisation – Frais dentaires

Les remboursements des frais d'hospitalisation, tout comme les remboursements de

frais de soins dentaires, sont effectués selon les indications figurant dans le Tableau des prestations de la garantie souscrite (Annexe selon la garantie souscrite).

Article 19 – Contrats responsable

Le contrat responsable encadre les dépenses de santé grâce au respect d'un certain nombre d'obligations et d'interdictions en termes de prestations santé comme notamment :

- la prise en charge totale ou partielle des consultations et prescriptions du médecin traitant afin d'encourager les patients à respecter le parcours de soins coordonnés ;
- l'absence de prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ ;
- pour les patients qui consultent un spécialiste sans passer par leur médecin traitant, l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations ;
- la prise en charge totale de certaines prestations liées à la prévention.

Au 1er janvier 2020, un nouveau cahier des charges s'applique aux contrats de complémentaires santé « souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020 » pour l'optique et le dentaire et à compter du 1er janvier 2021 pour les aides auditives.

Sont également incluses les séances de consultations de psychologues conformément à l'article L162-58 Code de la sécurité sociale et le forfait patient urgences conformément à l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale.

Article 20- Informations sur la 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 et des montants de cotisations est opposable à l'adhérent dès sa notification ou à la date à laquelle l'information de son existence est portée à sa connaissance.

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

Article 21 – Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, bénéficiaires, ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

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

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 22 - Règlement des prestations

Les prestations surcomplémentaires sont toujours calculées sur la base du tarif conventionnel de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur, ou d'un montant forfaitaire indiqué en annexe au présent règlement, déduction faite du remboursement :

- du régime obligatoire;
- du (des) garanties d'assurance maladie complémentaire responsables (contrat Solidarité, Bronze ou Essentielle, voire d'autres contrats complémentaires).

Les remboursements ne peuvent être supérieurs à la dépense engagée.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du remboursement de la Sécurité sociale française qui figure dans la nomenclature des actes de la CCAM. Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la Mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires.

Sauf cas particulier, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

Les versements de prestations par la Mutuelle sont effectués en euros, sur un compte bancaire ouvert en France au nom du membre participant ou, le cas échéant, de l'ayant droit de plus de seize (16) ans.

La Mutuelle informe le membre participant, ou le cas échéant son ayant droit, des montants qui lui sont remboursés par l'envoi d'un relevé de prestations. Les informations sont adressées automatiquement par mail lorsque la Mutuelle en a connaissance. Elles sont regroupées et portent sur une période de six mois à partir du jour où la première prestation est réglée par la Mutuelle.

Le membre participant peut également consulter ses remboursements dans son Espace adhérent disponible sur le Site Internet de la Mutuelle. Toutes les prestations sont payées sous 5 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation

SECTION 2 : SERVICES ASSOCIES

Article 23 - Accès aux autres services proposés par la Mutuelle

Par l'effet de leur adhésion à la Mutuelle, les membres participants et leurs ayants droits cotisants ont accès aux services de :

- Mise à disposition d'aides en cas d'accidents ou de maladie.
- Club CDC M – Ce Club regroupe l'ensemble des partenaires loisirs/culture offrant des réductions aux adhérents.

TITRE 4 – RESILIATION - CESSATION DES GARANTIES

Article 24 – Faculté de résiliation annuelle

Sauf dans les cas visés à l'article 25 ci-dessous, tels que prévus par l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, la démission est donnée à la Mutuelle par écrit, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, c'est-à-dire au plus tard le

31 octobre de l'année civile.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019, la faculté de résiliation annuelle prévue au paragraphe précédent pourra se faire par lettre ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, dans sa rédaction alors en vigueur, adressé(e) à la Mutuelle au plus tard deux mois avant l'échéance, c'est-à-dire au plus tard le 31 octobre de l'année civile. Nonobstant les dispositions des paragraphes ci-dessus, et uniquement pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, lorsque l'avis d'échéance visé à l'article 9 ci-dessus (qui doit rappeler la date limite d'exercice, par le membre participant, de son droit à dénonciation de l'adhésion) est adressé au membre participant moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé, avec cet avis, qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours, suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction de son contrat.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions qui précèdent, le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification. L'Adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée à l'Adhérent, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

Article 25 – Faculté de résiliation infra-annuelle

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 précitée, et sous réserve que le membre participant pourra, après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, résilier son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités. Les dispositions suivantes s'appliqueront dans ce cas :

La résiliation de l'adhésion prendra effet un mois après que la Mutuelle en aura reçu notification. Le membre participant ne sera redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque aura été couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle sera tenue de rembourser le solde au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produiront de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où le membre participant souhaite résilier son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, cet organisme effectuera pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, ledit organisme devant s'assurer de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

En dehors du cas précité où la résiliation serait notifiée par un autre organisme, la notification de la résiliation est effectuée par le membre participant par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité dans sa rédaction alors en vigueur. La Mutuelle confirme par écrit au membre participant la réception de la notification.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.

Quel que soit le cas de résiliation, l'Adhérent doit restituer toutes les cartes de tiers payant en cours de validité.

Article 26 – Radiation ou exclusion du membre participant

26.1 Défaut de paiement de la cotisation

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement par le membre participant de sa cotisation ou d'une fraction de cotisation due, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie du membre participant ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure adressée au membre participant par la Mutuelle. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties du membre participant, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévus au paragraphe précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

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

Nonobstant les dispositions qui précèdent, il peut être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de la résiliation de l'adhésion, pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leurs cotisations.

26.2 Résiliation des garanties en application de l'article L221-17 du Code de la mutualité :

En vertu de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, la Mutuelle comme le membre participant peut mettre fin à l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions de l'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

et à la condition que la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Il appartient à celui qui met fin à l'adhésion d'en faire la preuve à l'appui de sa demande. Est notamment visé dans cet article le décès d'un membre participant. La fin de l'adhésion intervient dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation.

Elle prend effet un mois après réception de sa notification. En cas de décès du membre participant seul bénéficiaire des prestations de la mutuelle, elle prendra effet le premier jour du mois suivant la date de l'évènement.

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

26.3 Fraude

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

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

26.4 Autres cas de radiation ou d'exclusion :

Dans les autres cas de radiation prévus à l'article 12 des statuts, ainsi que dans les cas d'exclusion du membre participant conformément aux dispositions de l'article 13 des statuts, les garanties du membre participant radié ou exclu de la Mutuelle sont résiliées à compter de la date d'effet de sa radiation ou de son exclusion.

Article 27 – Radiation d'un ayant droit

Le membre participant peut, à tout moment, solliciter la radiation d'un ou plusieurs de ses ayants droits rattachés, en adressant à la Mutuelle une notification à cet effet, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique. La radiation de l'ayant droit prend effet le 1er jour du mois suivant la réception, par la Mutuelle, de la notification adressée à cet effet par le membre participant.

TITRE 5 – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 28 – Réclamations – Médiation

28.1 Réclamations

En cas de litige ou de différend relatif au versement de prestations de la Mutuelle ou à l'application du présent règlement mutualiste, le membre participant adresse par écrit une réclamation à la Mutuelle, par courrier à l'adresse : CDC Mutuelle – Direction Générale – 71 rue Desnouettes – 75015 Paris ou par mail à l'adresse suivante : siege@ccdc-mutuelle.org.

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 mois maximum suivant la réception de la dernière des pièces complémentaires du dossier.

Toute réclamation fait l'objet d'une réponse circonstanciée de la part de la Mutuelle.

28.2 Médiation

En cas désaccord persistant suite à sa réclamation, le membre participant peut saisir le médiateur en adressant sa demande par courrier ou par email au médiateur de la FNMF :

Adresse postale :

Monsieur le Médiateur de la FNMF

255, Rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

Adresse électronique : mediation@mutualite.fr

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

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

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

Article 29 - Protection des données à caractère personnel

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

DPO : 39 rue du Jourdil - CS 59029-Cran Gevrier - 74991 ANNECY Cedex 9

dpo@mutuelles-entis.fr. Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

29. 1 Finalité des traitements de données

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

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités la réalisation de toute opération nécessaire à la gestion des prestations et des cotisations.

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

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

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

- le suivi de la relation adhérent (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- pour proposer des garanties complémentaires.

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

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment. Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

29. 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 de développement, les personnels en charge de traiter la relation adhérent, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les 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.

29.3 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.

29.4 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 par la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que la mutuelle le contacte pour lui proposer des garanties complémentaires.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : Mutuelle de France Unie, Gestion Santé - 39 rue du Jourdil – Cran-Gevrier – CS 99050 – 74992 ANNECY cedex 9 ou dpo@mutuelles-entis.fr

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

Article 30 : Réglementation relative à la directive distribution assurance

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

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats

d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,

- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

Article 31 – Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (« ACPR »), située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

Article 32 – Droit applicable – Langue des échanges

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et Obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue Officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les adhérents et la Mutuelle est le français.

Article 33 – Nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes Ordinaires de nullité, la garantie accordée par la Mutuelle au membre participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent, dans ce cas, acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ANNEXES AU PRESENT REGLEMENT MUTUALISTE

- **Annexe 1** : Tableau des prestations de la garantie « Solidarité » et tarification
- **Annexe 2** : Tableau des prestations de la garantie « Bronze » et tarification
- **Annexe 3** : Tableau des prestations de la garantie « Essentielle » et tarification
- **Annexe 4** : Tableau des prestations de la garantie « Prendre soin de soi » et tarification
- **Annexe 5** : Tableau des prestations de la surcomplémentaire « Hospitalisation » et tarification
- **Annexe 6** : Tableau des prestations de la surcomplémentaire « Soins courants » et tarification
