



**REGLEMENT MUTUALISTE**  
**Mutuelle de Pontoise**  
**Gamme « Frais de Santé »**

La MUTUELLE DE PONTOISE est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n°333 212 561, dont le siège social est situé 77 bis rue de Gisors Résidence Wimbledon, 95300 PONTOISE ci-après désignée « la mutuelle », la MUTUELLE DE PONTOISE est une mutuelle substituée par KLESIA Mut', mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirene sous le numéro Siren n°529 168 007 dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris.

Dans le cadre d'une convention de substitution, KLESIA Mut' se substitue intégralement à la MUTUELLE DE PONTOISE, en application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, pour la constitution des garanties d'assurance maladie, accident et décès offertes aux membres participants de LA SUBSTITUÉE et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2 tels qu'ils sont définis dans le règlement des garanties.

KLESIA Mut' donne à LA MUTUELLE sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale dans les conditions prévues par l'article L. 211-5, I, alinéa 4, du Code de la mutualité. Si l'agrément accordé à KLESIA Mut' lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Dans le cadre d'une convention de délégation de gestion conclue entre la MUTUELLE DE PONTOISE et la Mutuelle KLESIA Mut', la Mutuelle KLESIA Mut' assure la gestion de l'ensemble des garanties régies par le présent règlement.

#### **ARTICLE 1. : OBJET DU REGLEMENT**

L'objet du présent règlement est d'assurer le remboursement des frais médicaux en cas de maladie ou d'accident, dans la limite des frais réellement engagés, d'une part, et des montants maximum indiqués sur les barèmes de prestations. La mutuelle peut également prévoir des prestations accessoires, reprises sur les barèmes de prestations.

Les dispositions du présent règlement sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

### **TITRE I – ADHESION, DATE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DE L'ADHESION**

#### **ARTICLE 2. : ADHESION**

L'adhésion à la mutuelle en contrat individuel est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment complété et daté. La signature du bulletin emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations du présent règlement.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit distinct entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

#### **ARTICLE 3. : PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, RENOUVELLEMENT, RETRACTATION**

##### **3.1 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, RENOUVELLEMENT**

L'adhésion des membres participants et des ayants droit prend effet à partir du 1er jour du mois en cours ou du mois suivant, selon que le bulletin d'adhésion est reçu du 1er au 15 ou du 16 au 31 du mois (le cachet de la poste faisant foi) et sous réserve qu'elle soit conforme au présent règlement. Elle est souscrite dans le cadre de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction chaque année du 1er janvier au 31 décembre, tant que les conditions d'admission restent remplies.

##### **3.2 – RETRACTATION**

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du code la mutualité, le membre participant qui adhère à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour se rétracter, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure.

Pour se rétracter, le membre participant doit faire parvenir la demande de rétractation à par écrit à :

Mutuelle de Pontoise - 77 bis, rue de Gisors - Résidence Wimbledon - 95300 PONTOISE, par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée de l'exemplaire original de sa carte d'adhérent.

La mutuelle restituera au membre participant l'intégralité de la somme versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de rétractation dont un modèle est proposé ci-après, sous déduction des prestations éventuellement versées.

La lettre de rétractation pourra être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) ..... (Nom, prénom), demeurant ..... (adresse complète), déclare me rétracter à l'adhésion au règlement Frais de Santé pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le ..... (préciser la date) :

et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle.

Date et Signature »

#### **ARTICLE 4. : RESILIATION ET RADIATION**

Il peut être mis fin à l'adhésion pour les raisons suivantes :

- à la demande de l'adhérent inscrit dans le cadre du présent règlement, par lettre recommandée.

Toute demande de radiation doit nous parvenir, à chaque échéance annuelle au plus tard le 30 novembre, pour une radiation au 31 décembre.

- d'office dans l'hypothèse où les conditions d'admission ne seraient plus réunies,
- à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation.

La radiation des membres qui n'ont pas payé leur cotisation depuis 3 mois est précédée de deux lettres de rappel et est effectivement prononcée s'il n'a pas été satisfait à ces deux lettres de rappel, 4 mois après la date d'échéance.

Il peut toutefois être sursis par le conseil ou sur délégation de celui-ci à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

## **TITRE II – ADMISSION DES ADHERENTS**

#### **ARTICLE 5. : CONDITIONS D'ADMISSION**

##### **A) Peuvent adhérer au présent règlement les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes**

- En qualité de membre participant :
  - les assurés sociaux relevant du régime général d'assurance maladie,
  - les travailleurs non-salariés adhérents à l'association ANPPI,
  - dans les conditions propres à ce dispositif, les personnes relevant de la CMU C,
  - à leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.
- En qualité d'ayant droit :
  - le conjoint ou partenaire d'un pacte civil de solidarité (PACS), ou concubin à charge ou non, dépendant du même régime social,
  - les enfants à charge :
    - sous contrat d'apprentissage, jusqu'à l'expiration dudit contrat, et au plus tard jusqu'à leur 28ème anniversaire
    - en scolarité, jusqu'au 31 décembre de l'année où ils fêtent leur 28ème anniversaire,
    - demandeurs d'emploi, sans revenu de remplacement, jusqu'à leur 28ème anniversaire,
    - handicapés, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnu au sens de l'article 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et ce sans limite d'âge.

##### **B) Pièces à fournir à l'adhésion :**

La demande d'adhésion doit être formulée à l'aide du bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.

Le bulletin d'adhésion, dûment daté, complété et signé est adressé au siège de la mutuelle de Pontoise. Pour une adjonction d'un ayant droit, un bulletin d'adhésion doit également être complété.

### C) Limite d'âge à l'adhésion :

Selon l'âge du membre participant - les catégories suivantes sont proposées :

#### - Catégorie A - ASSURES SOCIAUX :

GAMMES	OPTIONS	INDIVIDUELS	CATEGORIES FAMILIALES
Mutuelle de Pontoise (MDP)	X. TM. A. B. C.	- Aucune limite d'âge à l'adhésion	- Aucune limite d'âge à l'adhésion
<u>Santissimo</u>	AS	- Adhésion enregistrée avant 30 ans - Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus - Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus	- Adhésion enregistrée avant 60 ans
<u>Santissimo Confort</u>	OPTION 1 OPTION 2	- Adhésion enregistrée avant 60 ans	
<u>Complémentissimo</u>	OPTION 1 OPTION 2	- Adhésion enregistrée avant 60 ans - Adhésion enregistrée après 60 ans	
<u>Top Santé Maxi (TSM)</u>	Partiel Simple Double Quarté Quinté	- Adhésion enregistrée avant 30 ans - Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus - Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus - Adhésion enregistrée de 60 à 69 ans inclus - Adhésion enregistrée de + 70 ans	- Adhésion enregistrée avant 60 ans

#### - Catégorie B - TRAVAILLEURS NON SALARIES :

GAMMES	OPTIONS	INDIVIDUELS	CATEGORIES FAMILIALES
Mutuelle de Pontoise (MDP)	X. A. B.	- Aucune limite d'âge à l'adhésion	- Aucune limite d'âge à l'adhésion
<u>Santissimo</u>	TI	- Adhésion enregistrée avant 30 ans - Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus - Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus	- Adhésion enregistrée avant 60 ans
<u>Santissimo Confort</u>	OPTION 1 OPTION 2	- Adhésion enregistrée avant 60 ans	
<u>Complémentissimo</u>	OPTION 1 OPTION 2	- Adhésion enregistrée avant 60 ans - Adhésion enregistrée après 60 ans	
<u>Top Santé Maxi (TSM)</u>	Partiel Simple Double Quarté Quinté	- Adhésion enregistrée avant 30 ans - Adhésion enregistrée de 30 à 44 ans inclus - Adhésion enregistrée de 45 à 59 ans inclus - Adhésion enregistrée de 60 à 69 ans inclus - Adhésion enregistrée de + 70 ans	- Adhésion enregistrée avant 60 ans

#### **ARTICLE 6. : CATEGORIES DE BENEFICIAIRES**

Les membres participants se répartissent en deux catégories :

**Catégorie A : ASSURES SOCIAUX**

**Catégorie B : TRAVAILLEURS NON SALARIES**

#### **ARTICLE 7. : MUTATIONS INTERNES / CHANGEMENTS D'OPTIONS**

##### **7.1 - MUTATIONS**

- Mutation d'une catégorie collective vers une catégorie individuelle.  
Tout membre participant quittant un groupe inscrit dans le cadre d'une opération collective peut maintenir son affiliation dans le cadre d'une catégorie individuelle ouverte à tout bénéficiaire.
- Mutation d'une catégorie individuelle vers une autre catégorie individuelle

La demande doit être effectuée par écrit au siège de la Mutuelle. La mutation aura pour date d'effet le 1er jour du trimestre civil suivant la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

## **7.2 - CHANGEMENT D'OPTION**

Le passage d'une option améliorée à une option inférieure n'est possible que si le bénéficiaire de l'option améliorée a été d'au moins 1 an.

Lorsque la demande est justifiée par la modification de la situation familiale ou professionnelle la date d'effet de la modification est le 1er jour du mois suivant l'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

# **TITRE III – OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

## **ARTICLE 8. : COTISATIONS**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle.

Le montant de la cotisation est valable du 1er janvier au 31 décembre de l'année civile.

Le montant de la cotisation figure dans les tableaux de cotisations remis séparément. Il peut être individuel, familial, fixé forfaitairement ou en pourcentage du salaire.

Par exception pour les garanties : Santissimo Confort et Complémentissimo, le mode de cotisation pour l'adhésion d'une famille est calculé à la personne, avec gratuité à partir du 5ème enfant pour la garantie Santissimo Confort.

La cotisation est payable d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement et peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal.

Elle peut être déterminée en tranche d'âges selon les catégories.

La maladie, l'invalidité et la maternité ne suspendent pas le paiement des cotisations.

En cas de retard de paiement des cotisations, de radiation ou d'exclusion, la Mutuelle conserve le droit de recouvrer les cotisations jusqu'au dernier jour de l'exclusion. Toute adhésion effectuée au cours du mois entraîne le paiement de la mensualité entière.

Conformément aux statuts, la mutuelle peut réévaluer, sur décision du conseil d'administration, le montant des cotisations en fonction des résultats techniques du régime et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

En outre, en cas de modifications des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ou de la nomenclature des actes remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie, ou de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives et réglementaires, la mutuelle peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations.

## **ARTICLE 9. : MEMBRES HONORAIRES**

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle fixée à 12,00 €.

## **ARTICLE 10. : MODIFICATION DE LA SITUATION FAMILIALE**

Les adhérents sont tenus de faire connaître par écrit, à la mutuelle, toute modification intervenant dans leur situation de famille.

# **TITRE IV – CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE**

## **ARTICLE 11. : DROIT AUX PRESTATIONS**

### **11.1 - GENERALITES**

Pour avoir droit au service des prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Le présent règlement comprend 5 gammes « Frais de Santé », au choix du membre participant, avec des niveaux de prestations différents.

A cet effet les membres participants de la mutuelle peuvent adhérer aux gammes énoncées ci-dessous :

- Gamme Mutuelle de Pontoise (MDP)
- Gamme SANTISSIMO
- Gamme SANTISSIMO CONFORT
- Gamme COMPLEMENTISSIMO
- Gamme Top Santé Maxi (TSM)

Les prestations accordées par la Mutuelle figurent sur les tableaux de garantie remis séparément. Elles concernent des prestations complémentaires aux régimes d'assurance maladie, des allocations forfaitaires, et des prestations prévues au règlement des caisses de l'Union Régionale dite Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne (F.M.P.).

L'ouverture des droits aux prestations est appréciée à la date de l'acte, à la date de prescription ou à la date de délivrance de l'appareillage (optique, appareillage).

Les prestations prises en charge par la Sécurité sociale donnent lieu à remboursement suivant les conditions et les taux déterminés par la garantie. Il est précisé dans chaque garantie, les conditions applicables eu égard notamment au contrat responsable.

Le remboursement Mutuelle est exprimé en pourcentage de la base de remboursement Sécurité sociale.

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine et dans les territoires et départements français d'Outre-Mer. Pour les prestations réalisées à l'étranger, la mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des « soins à l'étranger ».

## **11.2 - REGLEMENTATION RELATIVE AUX CONTRATS RESPONSABLES / MODALITES DES PRESTATIONS**

### **Critères de responsabilité**

Les dispositions du présent règlement sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- La participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations).

### **Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (D.P.T.M.)**

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, ne peut pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes :

- Limite 1 : La prise en charge est plafonnée à 100 % du tarif de responsabilité ;

- Limite 2 : Le montant de prise en charge des médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

### **Prise en charge des équipements optiques**

La prise en charge en optique est limitée à un équipement par période de deux ans. Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, un équipement peut être remboursé tous les ans. Le point de départ de cette prise en charge est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.

### **Lentilles**

Le remboursement pour les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire, s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées. Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

L'essai de lentilles n'est pas pris en charge par la mutuelle.

### **Dentaire**

La mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

La participation sur tout ou partie des prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire est versée, après contrôle de notre service dentaire, sur présentation avant exécution des travaux, d'une attestation du chirurgien dentiste. Cette attestation devra préciser la nature exacte des travaux à effectuer et le prix à facturer pour chaque élément.

### **Orthodontie**

Dans le cadre de l'orthodontie, ou tout autre acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le paiement est proratisé sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

### **Dispositions spécifiques à certains actes**

#### **En l'absence de clause particulière :**

- Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnelle, sous déduction de la participation versée par le régime obligatoire.
- Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation pour les adhésions en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.
- Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :
  - si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100% de la base de remboursement conventionnel
  - si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.

### **11.3 - EXCLUSIONS**

Sauf dispositions spécifiques prévues dans les tableaux de prestations, conditions particulières, ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par la mutuelle :

- les actes hors nomenclature ;
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale ;
- les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables ;
- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux.

### **11.4 - PIÈCES JUSTIFICATIVES**

Les prestations sont remboursées sur présentation des pièces justificatives originales (feuilles de soins, reçus de ticket modérateur, décomptes de remboursement de la Sécurité sociale) ou après télétransmission de données émanant d'un organisme de Sécurité sociale ou un professionnel de santé télétransmettant par un réseau informatique agréé.

En cas de perte des pièces justificatives originales, il appartient au demandeur de faire établir un duplicata accompagné d'une déclaration attestant de la non présentation des pièces originales.

### **11.5 - GARANTIE ASSISTANCE**

Sauf stipulation contraire dans le tableau des garanties, les bénéficiaires de la Mutuelle de PONTOISE ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat " Assistance à domicile ". Cette garantie est souscrite, dans le cadre d'un contrat collectif, par la FMP auprès de IMA ASSURANCES – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4, Place de Budapest- CS 92459- 75436 Paris cedex 09.

### **ARTICLE 12. : PRINCIPE INDEMNITAIRE**

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Ainsi, pour toutes les garanties faisant l'objet du présent règlement mutualiste, les prestations ne peuvent être versées que dans la limite des frais réellement engagés.

### **ARTICLE 13. : RECLAMATION**

Pour toute réclamation relative à la mise en œuvre du règlement, le membre participant doit s'adresser en priorité à la mutuelle.

Le délai de réclamation concernant des prestations mutualistes versées ou refusées est recevable dans les 12 mois à compter de la date du décompte émis par la mutuelle ou du refus de la Sécurité sociale.

Dans le cas où un membre participant est redevable envers la mutuelle d'un trop perçu de prestation, celle-ci est habilitée de plein droit, après l'en avoir informé, à opérer des retenues sur les prestations mutualistes auxquelles il pourrait prétendre jusqu'à due concurrence.

La demande est traitée dans les dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. La mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 45 jours à compter de la date de réception de la réclamation.

### **ARTICLE 14. : ORGANISMES SUPERIEURS**

Par son affiliation à l'Union Régionale dite Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne (F.M.P.), immatriculée au répertoire national des mutuelles sous le numéro 775 662 869, la Mutuelle permet à ses membres participants et à leur famille de bénéficier des avantages énumérés ci-dessous :

- les œuvres et services sociaux de l'Union Territoriale de la Mutualité d'Ile-de-France (UTMIF) immatriculée au répertoire national des mutuelles sous le n° 443 768 007.
- le service du tiers-payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été passée avec Almerys.

### **ARTICLE 15. : PRESCRIPTION**

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

#### **ARTICLE 16. : CLOTURE DES DROITS A PRESTATIONS**

---

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

#### **ARTICLE 17. : SUBROGATION**

---

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du bénéficiaire victime d'un accident, contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, jusqu'à concurrence des prestations de remboursement de frais de soins de santé qu'elle lui a versées.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, 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.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage (nt) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

#### **ARTICLE 18. : REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)**

---

##### **18.1 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES**

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie le membre participant à la Mutuelle, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Mut', entité du Groupe KLESIA, située 4, rue Georges Picquart, 75017 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à l'adhésion au présent règlement mutualiste ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Mut' sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

##### **18.2 - LES FINALITES DE LA COLLECTE DE VOS DONNEES PERSONNELLES :**

Dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des règlements mutualistes ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Mut' met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA ;
- la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

### **18.3 - LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES DE SANTE :**

Le traitement des données de santé vous concernant par KLESIA Mut' est soumis à votre consentement. Néanmoins, votre adhésion au présent règlement mutualiste vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion de votre contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de KLESIA Mut' et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

### **18.4 - LES DECISIONS AUTOMATISEES ET LE PROFILAGE :**

Dans certains cas, KLESIA Mut' pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, KLESIA Mut' vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

### **18.5 - LES DESTINATAIRES DE VOS DONNEES PERSONNELLES :**

Dans le cadre des traitements de KLESIA Mut', vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

### **18.6 - LE TRANSFERT DE VOS DONNEES PERSONNELLES HORS DE L'UNION EUROPEENNE :**

KLESIA Mut' traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

### **18.7 - LES DUREES DE CONSERVATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES :**

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées en dans le tableau ci-dessous.

### **18.8 - VOS DROITS :**

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES.

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de KLESIA Mut'.

### **18.9 - L'EXERCICE DE VOS DROITS AUPRES DE KLESIA Mut' :**

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

**Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par KLESIA Mut', vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :**

- par courrier électronique : [info.cnil@klesia.fr](mailto:info.cnil@klesia.fr)
- par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

### **18.10 - RECLAMATION AUPRES DE LA CNIL :**

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>



BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;</li> <li>• la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;</li> <li>• la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des règlements mutualistes ;</li> <li>• l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;</li> <li>• l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;</li> <li>• la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.</li> </ul>	Contrats d'assurance « Frais de Santé » 5 ans à compter de la fin du contrat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats,</li> <li>• les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires,</li> <li>• les prestataires,</li> <li>• les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions,</li> <li>• les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires,</li> <li>• les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,</li> <li>• les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité,</li> <li>• les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux,</li> <li>• les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants,</li> <li>• commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.</li> </ul>

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Obligation légale, réglementaire et administrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme</li> </ul>	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) :</p> <p>5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des adhérents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les personnes en relation avec les adhérents et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les adhérents dont ils ont la charge,</li> <li>les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée,</li> <li>les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment,</li> <li>la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor,</li> <li>les autorités de contrôle compétentes</li> <li>les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées</li> </ul>
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>la mise en place d'actions de prévention</li> </ul>	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>les personnels habilités du Groupe KLESIA</li> <li>les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>la gestion de notre relation commerciale</li> </ul>	<p><u>Pour les adhérents :</u> 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><u>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :</u> 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation adhérent, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques</li> <li>les services chargés du contrôle</li> <li>les sous-traitants et les partenaires</li> <li>les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.</li> </ul>

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA</li> </ul>	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte  OU  5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude  OU  2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire  Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude :  5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les personnels en relation avec les adhérents et les gestionnaires de contrats et de sinistres ;</li> <li>• les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ;</li> <li>• les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ;</li> <li>• les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ;</li> <li>• le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ;</li> <li>• le personnel habilité des sous-traitants ;</li> <li>• les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ;</li> <li>• les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ;</li> <li>• les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ;</li> <li>• les auxiliaires de justice et officiers ministériels ;</li> <li>• l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ;</li> <li>• les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ;</li> <li>• s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants ;</li> <li>• l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ;</li> <li>• les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ;</li> <li>• s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.</li> </ul>

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits</li> </ul>	<p><u>Pour les adhérents :</u> 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><u>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :</u> 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation adhérent, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques</li> <li>les services chargés du contrôle</li> <li>les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures</li> <li>les entités du Groupe KLESIA</li> <li>les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs</li> </ul>
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> <li>la prospection commerciale</li> </ul>	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement</p> <p>En l'absence du retrait du consentement :</p> <p><u>Pour les adhérents :</u> 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p><u>- Pour les prospects :</u> 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation adhérent, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques</li> <li>les services chargés du contrôle</li> <li>les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures</li> <li>les entités du Groupe KLESIA</li> <li>les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs</li> </ul>

## **ARTICLE 19. : MEDIATION**

Si un désaccord persistait suite aux réponses apportées par la Mutuelle et une fois toutes les procédures internes de règlement amiable des litiges épuisées, le membre participant et/ou la Mutuelle ont la possibilité de saisir le Médiateur de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), dans le délai d'un an à compter de la réclamation, par courrier à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française**  
**FNMF**  
**255 rue de Vaugirard**  
**75719 PARIS cedex 15**

soit via l'adresse mail [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)

soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

En tout état de cause, la saisine du Médiateur de la FNMF est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

## **ARTICLE 20. : AUTORITE DE CONTROLE**

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution dénommée ACPR, située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

## **ARTICLE 21. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME**

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles :

- la justification de l'identité du souscripteur ou de la personne qui acquitte les cotisations, de l'adhérent ;
- la provenance des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations.
- celles nécessaires pour contrôler la destination finale des fonds versées par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

A ce titre, une vigilance particulière doit être apportée sur les Personnes Politiquement Exposées (PPE). Cette vigilance consiste notamment pour la mutuelle à identifier de manière régulière qui au sein de ses adhérents est susceptibles d'être qualifiée comme PPE.

Conformément à l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, dans sa version applicable au 1er octobre 2018, une PPE est définie comme :

**I. – Le membre participant (...), qui est exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :**

- 1° chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2° membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° membre d'une cour des comptes ;
- 5° dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

**II. – Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :**

- 1° le conjoint ou le concubin notoire ;
- 2° le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 3° les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 4° les ascendants au premier degré.

**III. – Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :**

- 1° les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
- 2° les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
- 3° toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

## **ARTICLE 22. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE**

---

Dans le cadre de son activité, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un professionnel de santé de son choix, tout adhérent ayant formulé une demande ou bénéficié de prestations au titre du présent règlement.

La mutuelle peut également demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d'une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout renseignement permettant d'apprécier la réalité des déclarations effectuées ou des dépenses qu'elle aurait engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont frauduleuses, la mutuelle :

- ne prendra pas en charge les prestations,
- pourra engager des poursuites en vue du recouvrement des sommes indûment versées, sans préjudices des sanctions prévues par les statuts de la mutuelle.

En cas de récupération de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire, à la suite d'un contrôle d'un professionnel de santé effectué après un remboursement, la mutuelle se réserve le droit de récupérer les prestations indûment versées.

## **TITRE V – GESTION**

### **ARTICLE 23. : GESTION**

---

L'adhérent peut contacter la mutuelle pour toutes vos formalités :

- par écrit à l'adresse suivante :

**Mutuelle de Pontoise**  
**77 bis, rue de Gisors**  
**Résidence Wimbledon**  
**95300 PONTOISE**

- par téléphone au : 01.30.17.83.00
- par mail à : [mutuelledepontoise@fmp.fr](mailto:mutuelledepontoise@fmp.fr)