



Règlement Mutualiste

Mutuelle de Pontoise

Gamme « Frais de Santé »

SOMMAIRE

LEXIQUE	1
PREAMBULE	3
ARTICLE 1. : OBJET DU REGLEMENT	3
<hr/>	
TITRE I ADHESION , DATE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DE L'ADHESION	
ARTICLE 2. : ADHESION	3
ARTICLE 3. : PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, RENOUVELLEMENT, RETRACTATION	3
ARTICLE 4. : RESILIATION	4
<hr/>	
TITRE II ADMISSION DES ADHERENTS	
ARTICLE 5. : CONDITIONS D'ADMISSION	6
ARTICLE 6. : CATEGORIES DE BENEFICIAIRES	7
ARTICLE 7. : MUTATIONS INTERNES / CHANGEMENTS D'OPTIONS	7
<hr/>	
TITRE III OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE	
ARTICLE 8. : COTISATIONS	7
ARTICLE 9. : MEMBRES HONORAIRES	8
ARTICLE 10. : MODIFICATION DE LA SITUATION FAMILIALE	8
<hr/>	
TITRE IV CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE	
ARTICLE 11. : DROITS AUX PRESTATIONS	8
ARTICLE 12. : PRINCIPE INDEMNITAIRE	13
ARTICLE 13. : RECLAMATION	13
ARTICLE 14. : DROITS DIVERS	13
ARTICLE 15. : PRESCRIPTION	14
ARTICLE 16. : CLOTURE DES DROITS A PRESTATIONS	14
ARTICLE 17. : SUBROGATION	14
ARTICLE 18. : REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)	14
ARTICLE 19. : MEDIATION	21
ARTICLE 20. : AUTORITE DE CONTROLE	21
ARTICLE 21. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	21
ARTICLE 22. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE	22
ARTICLE 23. : LOI APPLICABLE AU PRESENT REGLEMENT	22
<hr/>	
TITRE V GESTION	
ARTICLE 24. : GESTION	22

LEXIQUE

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les bénéficiaires couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

ADHERENT OU MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique remplissant les conditions d'adhésion qui signe le bulletin d'adhésion, paie la cotisation et perçoit des prestations et à la qualité de membre participant. L'adhérent est également dénommé membre participant.

ADHESION

Contrat liant le membre participant à la mutuelle.

AYANT DROIT

Personne physique désignées par le membre participant sur son bulletin d'adhésion et qui bénéficie des garanties du contrat du membre participant.

BÉNÉFICIAIRE

Personne physique percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

Introduction

-Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;

-Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;

-Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

COTISATIONS

Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties et éventuellement des services proposés par la mutuelle.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

ÉCHEANCE DE COTISATION

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation.

FRANCHISES MÉDICALES

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

FORFAIT JOURNALIER OU HOSPITALIER

Participation de l'assuré aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

FORFAIT PATIENT URGENCES

Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

FRAIS RÉELS

Dépense réellement engagée par l'adhérent pour un acte médical donné.

GARANTIE

Engagement de la mutuelle en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

HONORAIRES DE DISPENSATION

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. Des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

MEMBRE HONORAIRE

Toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire: *Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, des contributions ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif et selon des modalités définies par les statuts, les représentants des salariés de ces personnes morales.*

MUTUELLE

Organisme à but non lucratif, soumise aux dispositions du Code de la Mutualité, dans lequel les adhérents participent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie obligatoire. Ce circuit doit débuter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

PRESTATIONS

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou bénéficiaire par la mutuelle en application de la garantie souscrite et éventuels services associés.

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire

PREAMBULE

La Mutuelle de Pontoise est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren 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 soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Siren 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 mutuelle 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 KLESIA Mut', 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 (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, sauf résiliation à l'initiative de l'adhérent ou de la Mutuelle, notifiée conformément aux dispositions de l'article 4 – Résiliation et 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 est informé que 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 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date à laquelle l'intéressé a été informé que l'adhésion a pris effet en cas de vente à distance ;

Pour se rétracter, le membre participant doit faire parvenir la demande de rétractation, selon les modalités mentionnées à l'article 3.1 ci-dessous, à l'adresse suivante :

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

4.1 – RESILIATION A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant peut dénoncer son adhésion par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable ;
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Acte extrajudiciaire ;
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Dénonciation à l'échéance annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à l'échéance annuelle en notifiant sa demande à la Mutuelle au moins 1 mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.

La résiliation prend effet au 31 décembre minuit de l'année en cours, les cotisations restants dues jusqu'à cette date.

Dénonciation dans le cadre de la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005

Chaque année, le membre participant reçoit un avis d'échéance de cotisation dans lequel est rappelée la date limite d'exercice de son droit à dénonciation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction de l'adhésion. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions précédentes, le membre participant peut 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.

Dénonciation en application de l'article L 221-17 du code de la mutualité

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 professionnelle ;

Il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La demande doit être faite dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa connaissance. La dénonciation prend effet un mois après la réception de la notification.

Les cotisations couvrant une période pendant laquelle le risque n'a pas couru sont remboursées au membre participant.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

Dénonciation en application de l'article L 221-10-2

A l'issue d'un délai d'un an à compter de la première souscription, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment.

La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la dénonciation de l'adhésion en précisant au membre participant la date d'effet de la dénonciation. Celle-ci sera effective un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

4.2 – RESILIATION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Résiliation pour non-paiement des cotisations

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la Mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension.

Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard quatre mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

Le membre participant n'ayant pas acquitté sa cotisation ou la fraction de celle-ci ayant fait l'objet d'une mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, verra sa garantie résiliée au plus tard quatre mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

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.

Dénonciation pour fausse déclaration

Les garanties qui sont accordées au membre participant par la Mutuelle sont nulles en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence de la part de celui-ci, conformément aux dispositions de l'article L 221-14 du code de la mutualité. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Dénonciation en application de l'article L 221-17 du code de la mutualité

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 professionnelle ;

Il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La demande doit être faite dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa connaissance. La dénonciation prend effet un mois après la réception de la notification.

Les cotisations couvrant une période pendant laquelle le risque n'a pas couru sont remboursées au membre participant.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

4.3 - AUTRES RESILIATIONS

4.3.1 Résiliation de plein droit

L'adhésion prend fin de plein droit :

- si le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'ayant droit tel que défini à l'article 5 «CONDITIONS D'ADMISSION» du présent règlement mutualiste
- en cas de décès d'un bénéficiaire.

4.3.2 Résiliation dérogatoires

A titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans les cas suivants :

- si le membre participant bénéficie d'un contrat collectif obligatoire : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'adhésion audit contrat sous réserve que la demande soit formulée dans les trois mois suivant l'adhésion et accompagnée d'un justificatif
- si le membre participant bénéficie du dispositif CMU-C : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'effet de l'entrée à ce dispositif.

Dans ces deux cas, la Mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

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 AKTNS,
 - 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, soit :
 - L'époux (se) du membre participant, non séparé(e) de corps judiciairement ;
 - Le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
 - Le(la) concubin(e) : personne vivant sous le même toit que le membre participant, libre de tout lien marital ou lien de PACS entretenant une relation stable et continue avec celui-ci ;
 à charge ou non, dépendant du même régime social,

 - les enfants à charge du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, remplissant une des conditions suivantes :
 - 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. T.M. 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
Santissimo	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
Complémentissimo	OPTION 2	- Adhésion enregistrée avant 60 ans - Adhésion enregistrée après 60 ans	
Top Santé Maxi (TSM)	Simple Double 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 bénéfice 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. Il intègre les frais de gestion ainsi que les taxes et contributions réglementaires dès lors qu'elles entrent en application.

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 par chèque, espèces, mandat 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.

En tout état de cause, l'évolution des cotisations doit être signifiée au membre participant avant la date d'entrée en vigueur des nouveaux taux.

Le membre participant est informé du montant des cotisations afférentes à la formule à laquelle il adhère.

En cas de refus de la révision des cotisations, le membre participant peut mettre fin à son adhésion dans les conditions prévues à l'article 4 du présent règlement. En cas de silence de la part du membre participant, l'évolution des cotisations lui est applicable de plein droit à partir de la date où elle entre en vigueur.

En cas de non-paiement des cotisations, il est fait application des procédures visées à l'article 4.

ARTICLE 9. : MEMBRES HONORAIRES

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle fixée à 12,72 €.

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 d'autres prestations prévues, le cas échéant, aux règlements des garanties contractualisées par la Mutuelle de Pontoise auprès d'autres organismes assureurs ou auprès de ses partenaires.

Seuls les frais engagés pendant la période de validité de l'adhésion sont garantis. Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Ce paiement est effectué par virement sur le compte bancaire du membre participant. Toutefois, ce délai peut être plus long si des renseignements complémentaires sont nécessaires au traitement du dossier.

L'ouverture des droits 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 ». Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

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 ;**
- **la Mutuelle 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 du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100% santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).**

Soins courants

- **Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)**

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.**

- **Médicaments : la garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation.**

Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy »

Les garanties couvrent aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale

Prise en charge des équipements optiques

Il existe deux classes de verres et de montures sont instaurées : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour vous.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents)
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Équipement mixte classes A et B

Le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV. Les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

GRILLE OPTIQUE	
A	Deux verres unifocaux (verres simples) <ul style="list-style-type: none"> • Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
B	Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)
C	Verre unifocal (verre complexe) <ul style="list-style-type: none"> • Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries Ou verre multifocal ou progressif (verre complexe) <ul style="list-style-type: none"> • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
D	Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)
E	Equipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)
F	Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes) <ul style="list-style-type: none"> • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les forfaits optiques figurant au tableau des garanties portent sur un équipement (monture + verres) et incluent le forfait «monture» ainsi que le ticket modérateur, conformément aux dispositions de l'article R. 871-2 3° du Code de la Sécurité sociale.

Prise en charge dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour l'assuré.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisé

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisé sont remboursées à hauteur de la garantie prévue dans les tableaux de prestations fournis séparément.

SYNTHESE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100% SANTE	PANIER HONORAIRES MAITRISES	PANIER HONORAIRES LIBRES
<p>Couronne métallique</p> <p>Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1^{ère} prémolaire</p> <p>Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire</p> <p>Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1^{ère} prémolaire</p>	<p>Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2^{ème} prémolaire et molaire</p> <p>Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire</p> <p>Couronne céramo-métallique sur 2^{ème} prémolaire</p>	<p>Couronne céramo-céramique</p> <p>Couronne céramo-métallique sur molaire</p> <p>Couronne implanto-portée</p>
<p>Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie</p>	<p>Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie</p> <p>Inlay-onlay métallique</p>	<p>Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie</p> <p>Inlay-onlay céramique</p>
<p>Bridge céramo-métallique sur incisive</p> <p>Bridge métallique pour toute dent</p>	<p>Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive</p> <p>Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)</p>	<p>Bridge céramo-céramique</p>
<p>Prothèse amovible à plaque base résine</p>	<p>Prothèse amovible sur châssis métallique</p>	<p>Prothèse amovible supra-implantaire</p>
<p>Réparations</p>	<p>Réparations</p>	<p>Adjonctions</p>
		<p>Implants</p>

Plafond dentaire

Si votre garantie prévoit un plafond annuel par bénéficiaire, celui-ci-ci correspond ne concerne que les prothèses dentaires de paniers à honoraires maîtrisés et libres. En cas d'atteinte du plafond annuel, la garantie prendra en charge le ticket modérateur plus 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Prise en charge des aides auditives

Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options).

Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100 % santé et sont sans reste à charge pour l'assuré ; celles de la classe II sont à prix libres.

Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

Équipement 100 % santé (classe I)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour vous.

Aides auditives à prix libres (classe II)

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale).

Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

Piles et accessoires

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue aux tableaux de prestations remis séparément, sur présentation des justificatifs de dépenses.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Autres modalités :

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.

Dispositions spécifiques à certains actes**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.

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. En tout état de cause le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical.

Le forfait hospitalier est pris en charge, à l'exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux, sans limitation de durée.

La participation forfaitaire sur les « actes lourds » et le Forfait Patient Urgences sont intégralement remboursés.

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 ".

Un contrat d'assurance collective offrant un service Assistance Vie Quotidienne a été souscrit par la Mutuelle de Pontoise conformément à l'article L 221-3 du Code de la Mutualité auprès de l'organisme IMA ASSURANCES, régi par le code des assurances, sis 118 Av de Paris Niort 79 000, N° RCS 481 511 632, pour apporter un soutien dans l'urgence, à tous les adhérents et leur famille, face à des situations imprévues.

Cette garantie d'assistance à domicile s'applique dans les cas suivants :

- d'accident corporel, ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë entraînant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile,
- de séjour prolongé à la maternité,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- ou de décès,

selon les conditions fixées dans la notice d'information établie par IMA ASSURANCES et remise séparément.

Le centre d'appel d'IMA ASSURANCES est opérationnel 24h/24h et doit être contacté avant la fin de la maladie ou de l'hospitalisation, pour que les garanties soient acquises dès le premier jour de leur mise en œuvre.

Les prestations sont les suivantes, selon les conditions fixées dans la notice d'information établie IMA ASSURANCES :

- Assistance Hospitalisation
Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants, garde ou transport d'ascendants résidant sous le même toit, garde d'animaux familiers d'espèce courante, aide-ménagère.
- Assistance informations médicales
En cas d'accident ou de maladie subite à domicile, recherche d'un médecin, transport à l'hôpital, livraison d'un médicament, portage de repas ou de courses.
- Assistance informations pratiques
Renseignement sur de nombreux domaines de la vie quotidienne.

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. : DROITS DIVERS

Par son affiliation à la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) ainsi que par le biais de son partenariat avec le Groupe KLESIA, les adhérents de la Mutuelle de Pontoise et leur famille peuvent bénéficier des avantages énumérés ci-dessous :

- L'accès au réseau de soins de la Mutualité française implanté sur l'ensemble du territoire ;
- Le service du tiers payant général auprès des professionnels de santé, permettant d'être dispensé de l'avance de frais (part régime obligatoire et part mutuelle (hors dépassement non prévus à la garantie)
En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le Participant peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100% santé ;
- Le journal bimestriel « KLESIA Mutualité » mis à disposition des adhérents de la Mutuelle de Pontoise, gratuitement, en lecture ou en téléchargement en version dématérialisée sur le site www.klesiamut.fr. L'adhérent y trouvera notamment des informations sur la vie mutualiste, sur la santé, la protection sociale ou encore la famille.

ARTICLE 15. : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, 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 la Mutuelle 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 membre participant ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le membre 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 la Mutuelle en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à la Mutuelle par le membre 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)

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie le membre participant à la Mutuelle, des données personnelles vous concernant sont collectées par la Mutuelle de Pontoise, 77 bis rue de Gisors Résidence Wimbledon, 95300 PONTOISE, 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, la Mutuelle de Pontoise sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

18.1 - LES FINALITES DE LA COLLECTE DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste, les données personnelles collectées 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, la Mutuelle de Pontoise 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 la Mutuelle de Pontoise 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 la 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 le Responsable de Traitement.
- la prospection commerciale pour les produits et services analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits et proposés par le Responsable de Traitement.

18.2 - LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES DE SANTE

Le traitement des données de santé vous concernant par la Mutuelle de Pontoise 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 la Mutuelle de Pontoise et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

18.3 - LES DECISIONS AUTOMATISEES ET LE PROFILAGE

Dans certains cas, la Mutuelle de Pontoise 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, la Mutuelle de Pontoise vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

18.4 - LES DESTINATAIRES DE VOS DONNEES PERSONNELLES

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

18.5 - LE TRANSFERT DE VOS DONNEES PERSONNELLES HORS DE L'UNION EUROPEENNE

La Mutuelle de Pontoise 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.

18.6 - 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.

18.7 - 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 traitées 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 qu'il vous est demandé 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 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'exerce auprès du Responsable de Traitement.

18.8 - L'EXERCICE DE VOS DROITS AUPRES DE LA MUTUELLE DE PONTOISE

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 la Mutuelle de Pontoise, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- par courrier électronique : dpo-mutuelle-pontoise@mon-dpo-externe.com
- par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

18.9 - 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"> • 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. 	Contrats d'assurance « Frais de Santé » 5 ans à compter de la fin du contrat	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités de la Mutuelle de Pontoise dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • 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, • 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, • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Obligation légale, réglementaire et administrative	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<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"> les personnes en relation avec les adhérents et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les adhérents dont ils ont la charge, les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée, les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment, la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, les autorités de contrôle compétentes les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention 	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités de la Mutuelle de Pontoise les sous-traitants, ou les entités de la Mutuelle de Pontoise dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	<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"> 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 les services chargés du contrôle les sous-traitants et les partenaires les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> 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 de la Mutuelle de Pontoise. 	<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"> les personnels en relation avec les adhérents et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; les autres entités de la Mutuelle de Pontoise dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; le personnel habilité des sous-traitants ; les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ; 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 ; les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants ;
	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p><u>Pour les adhérents :</u> 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale <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"> 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 les services chargés du contrôle les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures les entités de la Mutuelle de Pontoise les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs

BASE LEGALE DU TRAITEMENT	FINALITES	DUREES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale 	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement En l'absence du retrait du consentement : <u>Pour les adhérents :</u> 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale <u>- Pour les prospects :</u> 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	<ul style="list-style-type: none"> 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 les services chargés du contrôle les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures les entités de la Mutuelle de Pontoise les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs

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, soit 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 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.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'Adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la Mutuelle.

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.

ARTICLE 23. : LOI APPLICABLE AU PRESENT REGLEMENT

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable est la loi française.

TITRE V – GESTION

ARTICLE 24. : GESTION

L'adhérent peut contacter la Mutuelle pour toutes 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