

MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT
REGLEMENT MUTUALISTE
En application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité
Modifié par l'Assemblée Générale du 25 mai 2021

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE :

Le présent règlement garanti le remboursement des frais de santé engagés dans la limite des sommes réellement dépensées, d'une part, et des montants maximums indiqués dans l'annexe Prestations garanties, du présent règlement, d'autre part.

La Mutuelle peut également prévoir des prestations accessoires, reprises dans l'annexe précitée.

CHAPITRE I – CONDITIONS D'ADHESION ET DE TERME DU CONTRAT

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADMISSION :

La Mutuelle du Monde Combattant est ouverte à toutes les personnes physiques, membres participants ou honoraires, telles que définies à l'article S8 des statuts ; elles peuvent adhérer à titre individuel ou souscrire une adhésion « famille ».

Le futur membre participant complète et signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

Si rien ne s'y oppose l'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion.

La garantie est souscrite dans le cadre de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier, tant que les conditions d'admission restent remplies. En principe, la garantie de base est souscrite pour l'ensemble de la famille (membres participants et ayants droit).

Les garanties prennent effet immédiatement.

Les pièces justificatives à joindre sont :

- bulletin d'adhésion avec la copie d'une pièce d'identité en cours de validité du membre participant et/ou des ayants droit ;
- la copie de l'attestation de la carte Vitale du membre participant et/ou des ayants droit ;
- un mandat SEPA en cas de prélèvement automatique des cotisations ;
- un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations.

ARTICLE 3 - RENONCIATION :

Le membre participant à la faculté de renoncer à son adhésion pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet, conformément aux dispositions de l'article L.223-8 du Code de la Mutualité.

Cette renonciation doit s'effectuer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par envoi recommandé électronique.

ARTICLE 4 - DENONCIATION-RESILIATION :

4.1. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou par la personne morale souscriptrice.

Le droit de dénonciation ou de résiliation est mentionné dans le règlement, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif.

Pour les opérations collectives à adhésion facultative, le droit de dénonciation du membre participant est mentionné dans la notice.

Le droit de dénonciation ou de résiliation est rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.

4.2. Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut, les sommes dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où l'adhérent ou le participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, ce dernier effectue pour le compte de l'adhérent ou du participant les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues ci-après.

Les deux organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure.

4.3. Exécution du contrat

Relèvent de ce droit de résiliation, les règlements ou contrats d'assurance tacitement reconductibles, couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, comportant des garanties pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ne comportant aucune autre garantie, à l'exception, le cas échéant, des garanties couvrant les risques décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou des indemnités en cas d'hospitalisation.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent dans certaines exceptions prévues à l'article R.221-5 II.

4.4. Dispositions pratiques

Dès réception de la demande de dénonciation de l'adhésion ou de résiliation du contrat, que cette demande émane du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale souscriptrice ou qu'elle soit effectuée pour le compte de ces derniers par le nouvel organisme selon les

modalités précisées ci-après, la mutuelle communique au moyen de tout support durable au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice un avis de dénonciation ou de résiliation l'informant de la date de prise d'effet.

Cet avis rappelle à ces derniers leur droit à être remboursé du solde des cotisations dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice qui souhaite procéder à la dénonciation de l'adhésion ou à la résiliation des contrats susvisés en vue de contracter avec un nouvel organisme en transmet la demande à ce dernier sur tout support durable.

Dans sa demande, il doit manifester expressément sa volonté de dénoncer l'adhésion ou de résilier son contrat en cours et d'adhérer ou de souscrire un nouveau contrat auprès du nouvel organisme. Ce dernier doit être en mesure de justifier de la demande qui lui est adressée par l'intervenant avant de procéder aux formalités réglementaires (5^{ème} alinéa article L.221-10-2 du code de la mutualité).

Le nouvel organisme notifie alors au précédent la dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale souscriptrice par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique

La notification mentionne la référence du contrat, le nom et l'adresse du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale souscriptrice et le nom du nouvel organisme choisi par l'intervenant. Elle rappelle que le nouvel organisme s'assure de la continuité de la couverture durant l'opération de résiliation.

La date de réception de la notification de la dénonciation de l'adhésion ou de la résiliation du contrat est présumée être le premier jour qui suit la date d'envoi de cette notification (cachet de la poste ou preuve de dépôt en cas de LR électronique).

La nouvelle adhésion ou le nouveau contrat ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de la dénonciation de l'ancienne adhésion ou la résiliation de l'ancien contrat.

45. Pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, l'obligation d'information sur le droit de dénonciation ou de résiliation doit être rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.

ARTICLE 5 - MESURE PROVISOIRE D'ATTENTE (Suspension d'affiliation) :

Le membre participant, qui se trouve contraint de souscrire à un contrat collectif santé obligatoire lié à son emploi, peut demander à bénéficier d'une mesure provisoire d'attente qui suspendrait son affiliation à la Mutuelle.

Il doit pouvoir justifier, à tout moment, qu'il continue de bénéficier d'un régime de garanties sociales liées à son emploi pour pouvoir être maintenu dans cette situation.

Cette suspension d'affiliation concerne également ses ayants droit.

Réintégration :

Le membre participant peut demander sa réintégration dès qu'il le souhaite, durant un délai maximum de 3 ans, compté du jour de l'attribution du bénéfice de la mesure. Il joindra à sa demande une attestation prouvant qu'il a cotisé sans interruption à ce régime jusqu'à la date de sa demande. La réintégration prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de cette dernière.

Cotisation :

Durant la suspension d'affiliation, les membres concernés s'acquittent d'une cotisation d'attente, versée une fois par an, d'un montant égal à celui réclamé aux membres honoraires.

Avantages :

Ils bénéficient à ce titre de la documentation diffusée par la Mutuelle et pour les titulaires d'un contrat ouvrant cette possibilité, du maintien de la cristallisation dans la tranche d'âge à laquelle ils appartenaient lors de leur mise en suspension d'affiliation.

Cette mesure emporte suspension de la garantie santé.

Toutefois, les bénéficiaires d'une garantie surcomplémentaire (garantie +) peuvent conserver le maintien de cette dernière moyennant le règlement de la cotisation correspondante.

ARTICLE 6 - RADIATION

Il peut être mis fin au contrat pour les raisons suivantes :

- A la demande de l'adhérent par lettre recommandée avec avis de réception, dans les 20 jours qui suivent la connaissance des nouveaux tarifs, la date d'envoi de ceux-ci par voie postale faisant foi.
- En application de tout texte réglementaire ou législatif qui viendrait à modifier les conditions de résiliation du contrat par l'adhérent avant que le présent règlement puisse être modifié par l'Assemblée générale.
- A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties, dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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

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

En outre, le contrat peut être résilié en cas de décès de l'adhérent, entraînant le reversement des cotisations versées en trop, à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès, entre les mains du notaire ou de toute personne habilitée à liquider la succession. Une copie de l'acte de décès et du document officiel désignant la personne chargée de la liquidation doivent être fournies.

Les ayants droit de l'adhérent décédé peuvent demander à poursuivre l'adhésion, mais alors en qualité de membre participant.

ARTICLE 7 - EXCLUSION :

Conformément aux dispositions de l'article S13 des statuts, la Mutuelle peut prononcer à l'encontre d'un membre participant une mesure d'exclusion au motif qu'il aurait intentionnellement fait de fausses déclarations ou sciemment omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties souscrites.

ARTICLE 8 - CHOIX DE LA GARANTIE :

Au moment de son adhésion, le membre participant souscrit à la garantie santé de son choix parmi celles proposées aux tableaux des prestations. En fonction de leur caisse de sécurité sociale, les membres participants souscrivent soit un contrat du régime général, soit un contrat du régime local Alsace/Moselle.

Deux types de contrats peuvent être souscrits, à titre individuel ou au titre d'un contrat familial

a) Régime général

- Basic, Intégral ou Optimum ;
- Garantie +

Basic, Intégral ou Optimum.

Les contrats individuels comportent les tranches d'âge suivantes :

- moins de 30 ans,
- de 30 à 59 ans,
- de 60 à 69 ans,
- 70 ans et plus.

Les contrats « Famille » comportent les tranches d'âge suivantes :

- moins de 60 ans,
- de 60 à 69 ans,
- 70 ans et plus.

Les membres participants adhérent à un contrat « Famille » doivent déclarer lors de la souscription, les personnes composant la « Famille ». La « Famille » se compose obligatoirement d'un minimum de deux personnes.

Dans la catégorie « Famille », la personne la plus âgée est considérée comme le membre participant ; c'est elle qui détermine la tranche d'âge de souscription (moins de 60 ans, de 60 à 69 ans ou 70 ans et plus)

b) Régime Alsace/Moselle

Le contrat du régime local est exclusivement réservé aux personnes suivantes :

Les bénéficiaires du régime local (et leurs ayants droit) :

- Les salariés du secteur privé qui travaillent dans l'un des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- Les salariés du secteur privé travaillant hors de ces départements dans des entreprises dont le siège social est situé en Alsace-Moselle ;
- Les contractuels de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale qui exercent leur activité dans les trois départements ;
- Les chômeurs et préretraités qui relevaient du régime local durant leur activité ;
- Les titulaires de pension d'invalidité qui ont préalablement bénéficié du régime local ;
- Les titulaires de pension de vieillesse qui remplissent les conditions de durée de cotisation au régime local ;
- D'autres catégories d'actifs comme les salariés du Port autonome de Strasbourg, les salariés frontaliers (...)

Les personnes ne bénéficiant pas du régime local :

- Les fonctionnaires des trois fonctions publiques ;
- Les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales) ;
- Les exploitants agricoles ;
- Les salariés des régimes spéciaux (mines, SNCF...)
- Les bénéficiaires du RSA et de l'allocation adulte handicapée (AAH) qui n'ont pas préalablement cotisé au régime local ...

Cette liste n'est pas exhaustive, elle est donnée à titre indicatif. Tout changement tiré de la législation sera immédiatement appliqué, sans attendre la modification du présent règlement.

c) Contrat Garantie +

Ce contrat s'adresse :

- aux personnes souhaitant compléter les prestations d'une autre mutuelle,
- aux personnes prises en charge à 100% par la sécurité sociale,
- aux personnes pensionnées militaires d'invalidité au titre de l'article L.212-1 du code des pensions militaires d'invalidité.

Ce contrat ne distingue pas le régime local du régime général.

Il est exclusivement individuel.

Il comporte deux tranches d'âge :

- moins de 60 ans,
- 60 ans et plus.

ARTICLE 9 - CHANGEMENT DE GARANTIE :

Le changement de garantie santé est autorisé une fois par an, au 1^{er} janvier de l'année suivante, à condition d'un délai de prévenance d'au moins deux mois avant l'échéance annuelle.

Cependant, la demande de changement de garantie santé peut intervenir tout au long de l'année à raison de la modification de la situation familiale du membre participant ou de l'ouverture des droits à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Le changement de garantie est effectif le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.

Toutefois, en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, la prise en compte du changement, si elle est demandée dans les deux mois qui suivent l'événement, pourra intervenir rétroactivement au plus tôt le jour de la naissance ou de l'adoption. Dans cette hypothèse, le changement de garantie est subordonné à l'inscription de l'enfant comme ayant droit ;

La copie des pièces justificatives devra être jointe à la demande de changement :

Mariage : copie du livret de famille ou de l'extrait de l'acte de mariage ;

Divorce : copie de la transcription du jugement ou de la mention de divorce en marge de l'acte de mariage,

Séparation : copie du jugement ou copie de l'ordonnance de non conciliation ;

PACS : copie de l'attestation constatant le PACS délivrée par l'autorité compétente ;

Fin du PACS : copie de la décision de « fin de vie commune » délivrée par l'autorité compétente ;
Concubinage : certificat de concubinage ou déclaration sur l'honneur ;
Fin du concubinage : déclaration sur l'honneur indiquant la séparation et sa date d'effet ;
Naissance : copie de l'acte de naissance ou photocopie du livret de famille ;
Adoption : copie du jugement ;
Reconnaissance d'un enfant : copie du jugement ;
Décès : copie du certificat de décès.

CHAPITRE III – CATEGORIES D'AYANTS DROIT

ARTICLE 10 - AYANTS DROIT:

Ont la qualité d'ayant droit du membre participant :

- Le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin,
- Les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 18 ans (date anniversaire, 18 ans exclus) des membres participants et de leur conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS,
- Les enfants des membres participants et de leur conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, âgés de moins de 28 ans (date anniversaire, 28 ans exclus) s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - suivre des études post-baccalauréat, secondaires ou supérieures, ou
 - suivre une formation en apprentissage ou en alternance, ou
 - être à la recherche d'un emploi et inscrit à Pôle Emploi.
- Les enfants des membres participants, de leur conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, quel que soit leur âge, à condition :
 - qu'ils soient bénéficiaires de l'AES (Allocation d'Éducation Spécialisée), ou
 - qu'ils soient bénéficiaires de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé).
- Les ascendants à charge au sens de l'article 196 A bis du Code Général des Impôts.

En application de l'article L.114-2 du Code de la Mutualité, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal. Les enfants de moins de seize ans peuvent devenir membres participants, sous l'autorité de leur représentant légal.

Tous les adhérents sont tenus de faire connaître par écrit, à la Mutuelle, toute modification intervenant dans leur situation de famille ; il en est de même pour les adhérents de la catégorie famille en ce qui concerne toutes les personnes protégées par l'adhésion du chef de famille.

L'admission d'un ayant droit prend effet le premier jour du mois qui suit la demande.

Tout ayant droit peut être radié du contrat, sur demande de l'adhérent, au moyen d'une lettre simple, avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la réception de la demande.

CHAPITRE IV – SUBSTITUTION

ARTICLE 11 - SUBSTITUTION :

Les garanties sont assurées au titre de la convention de substitution souscrite. Cette convention et ses avenants successifs peuvent être consultés par tout adhérent, sur simple demande, au siège de la Mutuelle.

Dans les conditions de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, la Mutuelle interprofessionnelle d'entreprise (MIE) se substitue intégralement à la Mutuelle du Monde Combattant pour l'ensemble des opérations et branches pratiquées par cette dernière, dont notamment des garanties d'assurance maladie et accidents offertes aux membres participants et à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2, tels que définis dans le règlement.

La mutuelle MIE donne à la Mutuelle du Monde Combattant sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de ses membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément accordé à la mutuelle MIE 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 ;

La mutuelle MIE est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro

SIREN 784 275 885. Le siège social de la mutuelle est situé à l'adresse suivante :
16 Avenue Louison Bobet .CS 60005. 94132 Fontenay sous Bois Cedex.

CHAPITRE V – COTISATIONS

ARTICLE 12 – COTISATIONS DES OPERATIONS INDIVIDUELLES ET CARTE DE MUTUALISTE :

12-1. Les cotisations individuelles ou familiales sont fixées pour l'année civile par le conseil d'administration, en application des règles générales établies par l'Assemblée générale.

La cotisation annuelle globale applicable à chaque bénéficiaire résulte des garanties souscrites par l'adhérent et de la tranche d'âge dans laquelle se situe le bénéficiaire

Ces cotisations font l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, sauf demande expresse des adhérents.
Le paiement de la cotisation est effectué par périodes : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Toute adhésion effectuée au cours du mois entraîne le paiement de la mensualité entière.

Les principes énoncés ci-dessous sont applicables aux deux régimes, général et local.

Pour les cotisations individuelles ou familiales, la tranche d'adhésion lors de la souscription initiale du contrat est conservée pour toute la durée du contrat, c'est la cristallisation des tranches d'âge de cotisation ; mises à part les modifications éventuelles décidées par le conseil d'administration. En cas de changement d'option entre Basic, Intégral ou Optimum, l'adhérent intègre la tranche de cotisation correspondant à son âge ou à l'âge de la personne la plus âgée de la « Famille ».

La souscription dans une tranche d'âge doit être effective avant le mois anniversaire correspondant au changement de tranche.

Les tranches d'âge du contrat Garantie + ne sont pas cristallisées, le changement de tranche s'effectue automatiquement le 1^{er} du mois du 60^{ème} anniversaire.

12-2. Tous les ans, la Mutuelle fait parvenir aux adhérents une carte de mutualiste. Elle est établie à partir des éléments actualisés communiqués par ceux-ci. Elle est accompagnée d'un échéancier précisant le montant des cotisations, leur nature et leur objet, ainsi que les dates de règlement.

ARTICLE 13 - MEMBRES HONORAIRES :

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle dont le minimum est fixé par le Conseil d'Administration en application des règles générales établies par l'Assemblée générale.

CHAPITRE VI – CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

ARTICLE 14 - DROIT AUX PRESTATIONS :

14-1. Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations accordées par la Mutuelle sont des prestations complémentaires du régime de la Sécurité Sociale ou des travailleurs non-salariés et des prestations forfaitaires. Elles sont fixées pour l'année civile par le conseil d'administration, en application des règles générales établies par l'Assemblée générale.

Les dépassements d'honoraires, ou majorations de prix des actes conventionnels, par les praticiens ne donnent pas lieu à remboursement par la mutuelle sauf stipulations contraires énoncées dans les fiches traitant du paiement des prestations.

Ne seront pas remboursées par la Mutuelle les participations mises obligatoirement à la charge des assurés par la réglementation, telle la participation forfaitaire instituée au II de l'Article L322-1 du Code de la Sécurité Sociale (franchise de 1 € au 01/01/2005), et celles à paraître ultérieurement.

Ne seront pas remboursées les majorations de participation des assurés (ticket modérateur et dépassement d'honoraires) en cas de non-respect des conditions mentionnées à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale (non recours préalable au médecin traitant).

Des exceptions précises sont prévues (urgence, vacances et consultations de certains spécialistes directement). Les prestations versées par la Mutuelle sont proportionnellement dépendantes de celles prises en compte par le régime de base.

Les actes de la nouvelle nomenclature CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) seront remboursés selon les taux de prise en charge attribués aux actes correspondants à l'ancienne NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et du CDAM (Catalogue des Actes Médicaux). La prise en charge de la Mutuelle sera calculée sur la « BASE DE REMBOURSEMENT » (Codes de regroupement multiplié par code modificateur) transmise par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

14-2. Paiement des prestations :

Tous les paiements sont effectués par virement sur un compte indiqué par l'adhérent ou sur celui de ses ayants droit de plus de seize ans.

Les paiements sont effectués directement auprès du professionnel de santé ou du prestataire de service, dans le cas de la procédure du tiers payant. Le bénéfice des conventions de tiers payant est acquis de plein droit aux bénéficiaires de la Mutuelle sur présentation de leur carte de mutualiste en cours de validité.

14-3. Formalités préalables :

Pour les frais d'optique, dentaires, d'audioprothèse et d'hospitalisation, le professionnel de santé intéressé devra, préalablement à toute prestation dans le domaine précité, établir une prise en charge ou un devis dont une copie acceptée sera adressée à la mutuelle. A défaut, la mutuelle n'interviendra pas pour les prestations concernées.

14-4. Trop perçu :

En cas de trop perçu par l'adhérent, la Mutuelle est fondée à poursuivre auprès de celui-ci, même par voie de justice, le remboursement des sommes indûment perçues ou à en imputer le montant sur les prestations qui lui seraient dues ultérieurement.

ARTICLE 15 - PRINCIPE INDEMNITAIRE :

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

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION :

Le délai de prescription au-delà duquel les membres ou leurs ayants droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires est fixé à deux ans à compter de la date de l'acte ou du fait motivant la prestation, dans les conditions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 17 - CLÔTURE DES DROITS À 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 18 - SUBROGATION :

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

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses 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.

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

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Ne donnent pas droit aux prestations les maladies ou blessures imputables à un accident sportif, scolaire ou tout autre risque déjà couvert par un autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

CHAPITRE VII – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 19 - DROITS DIVERS :

La Mutuelle permet à ses membres participants et à leur famille de bénéficier du service du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été passée.

ARTICLE 20 - PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL :

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes : (Madame Laetitia CASANOVA, courriel ou adresse)

A. Finalité des traitements de données.

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'exécution de la relation contractuelle conclue entre le membre participant et la Mutuelle. Le recueil des données revêt dès lors un caractère obligatoire à titre contractuel.

Pour la gestion des données adhérents nous avons besoin des informations suivantes :

- Identité/données d'identification : nom, prénom, adresse postale, date et lieu de naissance, N° de sécurité sociale
- Vie personnelle : situation familiale
- Information d'ordre économique et financier : données bancaires
- Données de connexion : adresse mail, identifiant
- Données de localisation : adresse postale

Les données personnelles collectées permettent :

- . L'identification du membre participant et des bénéficiaires qui sont agréés,
- . L'examen, la tarification, la surveillance des risques,
- . La réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et à la gestion des garanties,
- . La gestion des impayés et leur recouvrement,
- . La gestion des recours, des réclamations et des contentieux,
- . La gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles.

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

- . La réalisation d'études actuarielles et statistiques,
- . La mise en place d'actions de prévention.

Ces données sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles celles concernant la lutte contre le blanchiment

B- Destinataires des données à caractère personnel.

Les données personnelles du membre participant sont destinées, dans la limite de leurs attributions, aux services de la Mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des garanties, aux délégataires de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants.

Les données peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toute personne intervenant au contrat tel qu'avocat, expert, auxiliaire de justice et officier ministériel, curateur, tuteur, enquêteur, professionnel de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations. Des informations peuvent aussi être transmises à toute personne intéressée au contrat (ayant droit et représentant), ainsi qu'à toute personne ou organisme public habilité à les recevoir notamment juridiction, arbitre, médiateur, autorité de tutelle et de contrôle, outre les services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs et services en charge du contrôle interne.

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

Ces informations peuvent également être utilisées dans le cadre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

C- Durée de conservation des données personnelles.

Elles sont conservées le temps qui va de l'adhésion jusqu'à l'expiration des délais de prescriptions légaux.

D- Les droits du membre participant.

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

- . l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et l'accès à ces données) ;
- . la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter) ;

.l'effacement (notamment lorsque les données en cause ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement) ;
.la limitation du traitement (dans les conditions prévues par la loi) ;
.la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format Structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

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

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins légitimes par et pour la Mutuelle du Monde Combattant. Le cas particulier devra être clairement argumenté.

La Mutuelle du Monde Combattant rappelle qu'aucune donnée concernant le membre participant ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition à des tiers à des fins commerciales. En tout état de cause, le membre participant a le droit de s'opposer sans avoir à motiver sa demande, à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la Mutuelle, à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés par le membre participant, en justifiant de son identité, par lettre simple adressée à la Mutuelle du Monde Combattant- Service de protection des données.

Enfin, le membre participant à également le droit de formuler une réclamation auprès de la CNIL, 3 Place de Fontenoy -TSA 87715- 75334 PARIS CEDEX 07

ARTICLE 21 - TRAITEMENT DES RECLAMATIONS :

La déclaration d'un membre participant de la Mutuelle par laquelle il entend faire état d'un mécontentement dans le traitement dont il a été l'objet est une réclamation.

Pour formuler sa réclamation il doit alors s'adresser

1°) au secrétariat du siège, qui accuse réception dans un délai maximal de 10 jours ouvrables et doit répondre dans un délai de deux mois à compter de la réception.

Coordonnées : Mutuelle du Monde Combattant, 5, Rue du Havre 75008 Paris

Téléphone : 01.43.87.43.65 . Fax : 01.44.70.90.65

Adresse électronique (Courriel) : contact@mutuelle-combattant.com

Internet : www.mutuelle-combattant.com

2°) auprès du Secrétaire général, en appel de la réponse apportée en première instance.

Cet appel doit être formulé, sous peine de forclusion, dans les deux mois suivant la date d'envoi de la réponse du secrétariat

(Mêmes coordonnées et mêmes dispositions concernant l'accusé réception)

Le Secrétaire général dispose d'un délai de deux mois à compter de son dépôt pour répondre.

3°) auprès du Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dans un délai de quatre mois suivant la réponse donnée par le Secrétaire général