RÈGLEMENT MUTUALISTE
SANTÉ PRÉVI TERRITORIAUX

Règlement ayant obtenu le label suivant les modalités fixées par les décrets n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

Mise à jour approuvée par les Conseils d'Administration du 9 octobre et 11 décembre 2025

En vigueur à compter du 01/01/2026

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Immatriculée au répertoire SIRENE
sous le numéro 776 950 669

Table des matières

Article 1 : Informations générales sur la Mutuelle 3
Article 2 : Objet du Règlement 3
Article 3 : Bénéficiaires du présent règlement 3
Article 4 : Date d'effet et durée de l'adhésion 3
Article 5 : Modalités d'adhésion 4
Article 6 : Garanties 4
Article 7 : Cotisations 6
Article 8 : Information sur le Règlement et ses Modifications 7
Article 9 : Déclaration du risque et Prescription 7
Article 10 : Réclamation - Médiation 7
Article 11 : Informatiques et Libertés 7
Article 12 : Faculté de renonciation en cas de vente à distance 8
Article 13 : Loi et langue applicable 8

Article 1 : Informations générales sur la Mutuelle

La Mutuelle PREVIFRANCE (ci-après dénommée « la Mutuelle ») est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669. Son siège social est situé 80 rue Matabiau - BP 71269 -31 012 Toulouse Cedex 6.

Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. La Mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4, Place de Budapest CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 09.

Article 2 : Objet du Règlement

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en matière de garanties « frais de santé » (risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité). Ces garanties sont complémentaires à la protection sociale de base obligatoire des membres participants.

Les droits et obligations de la Mutuelle et des membres participants résultent de l'application cumulative :

- des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
- des statuts de la Mutuelle,
- du présent règlement,
- des tableaux de garanties, annexés au présent règlement, dont ils font partie intégrante,
- du certificat d'adhésion formalisant les particularités prévues dans le bulletin d'adhésion et dans ses éventuels avenants.

Le présent règlement respecte la règlementation sur la labellisation définie par les décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et n°2022-581 du 20 avril 2022 relatifs aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

La délivrance du label par un Prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ouvre droit à la participation de l'employeur public au profit des membres participants du présent règlement, conformément aux dispositions du décret susvisé et de ses arrêtés.

Le présent règlement respecte les conditions prévues par le décret 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

Article 3 : Bénéficiaires du présent règlement

Membres participants

Conformément aux textes législatifs et règlementaires relatifs à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, le bénéfice des dispositifs du présent règlement est réservé aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, ainsi qu'à leurs retraités.

Couverture des ayants droit

Les membres participants peuvent également couvrir leurs ayants droit en les inscrivant sur leur bulletin d'adhésion. Peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant, les personnes physiques suivantes :

a. son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou son concubin notoire ;
b. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a., jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire ;
c. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a. sans condition d'âge s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles ;
d. les ascendants à charge fiscalement du membre participant.

L'inscription de l'enfant d'une personne définie au a. n'est possible qu'à la condition que cette dernière soit inscrite à la Mutuelle.

Dans le cas de l'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté, celle-ci prend effet au moment de la survenance de l'événement à condition d'en effectuer la demande dans les deux mois. A défaut, les garanties prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Lorsque l'assuré perd sa qualité d'ayant droit, il doit remplir un bulletin d'adhésion individuel afin de continuer à bénéficier de garanties équivalentes.

Le membre participant s'engage à fournir à tout moment à la Mutuelle la preuve de la qualité d'ayant droit de chaque personne inscrite comme telle.

Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle, dès leur survenance, de toute modification des informations qu'il a fournies. Ne peuvent être bénéficiaires de la Mutuelle que les assurés ayant des droits ouverts dans un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Article 4 : Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet :

- à la date indiquée sur le certificat d'adhésion adressé au membre participant par la Mutuelle et s'achève le 31 décembre de l'année d'adhésion ;
- elle se renouvelle ensuite, annuellement, au 1er janvier, par tacite reconduction.

L'adhésion prend fin :

- A l'initiative du membre participant :
  - au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre recommandée ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance de fin d'année,
  - à tout moment, à l'issue de la première année d'adhésion (12 mois), conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité relatif au droit à la résiliation infra-annuelle sous réserve des modalités et conditions d'application fixées par décret en Conseil d'État. Un changement de garantie tant à la hausse qu'à la baisse entraine l'application d'un nouveau délai de 12 mois.

Par ailleurs, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de son adhésion au règlement est rappelée dans chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

- A l'initiative de la Mutuelle :

  En cas de non-paiement des cotisations par le membre participant, en cas de fausse déclaration intentionnelle.
- A l'initiative de la Mutuelle ou du membre participant :

  Conformément à l 'article L.221-17 du Code de la Mutualité et sous réserve des dispositions législatives et règlementaires en vigueur, lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies et notamment lorsque le membre participant ne fait plus partie de la fonction publique territoriale, hormis s'il en est retraité.

Date d'effet et durée de l'affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit prend effet à la date d'affiliation précisée dans le certificat d'adhésion du membre participant et se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours ; elle se renouvelle automatiquement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation de l'affiliation par le membre participant adressée à la Mutuelle par lettre recommandée deux mois au moins avant la fin de l'année civile.

La demande d'affiliation d'un nouveau-né, ou d'un enfant adopté, prend effet au jour de naissance ou d'adoption de l'enfant, à condition d'adresser la demande à la Mutuelle dans les 2 mois de survenance de l'événement. A défaut, les garanties prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. L'affiliation de l'ayant droit cesse également lorsqu'il ne justifie plus de cette qualité, telle que définie dans le présent règlement. Le membre participant s'engage à en informer immédiatement la Mutuelle.

La Mutuelle peut à tout moment demander les justificatifs de la qualité d'ayant droit.

L'affiliation des ayants droit cesse concomitamment à la résiliation de l'adhésion du membre participant. Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion suite au décès du membre participant, son conjoint ayant droit peut demander à être admis en qualité de membre participant, à condition d'adresser sa demande à la Mutuelle dans les trois mois suivant la date du décès et de justifier du bénéfice de la réversion de la pension de l'agent territorial.

Changement de situation personnelle ou familiale

Le membre participant doit impérativement signaler à la Mutuelle dans le délai de deux mois qui suit l'évènement, les changements survenant dans leur situation ou celle de leurs ayants droit. Si la

demande est effectuée dans le délai, la modification prendra effet soit à la date de l'événement et au plus tard au premier jour du mois suivant la demande.

Dans le cas où elle n'est pas faite dans le délai de deux mois, la Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences ; le changement ne sera alors pris en considération qu'à compter de la date de la demande.

Article 5 : Modalités d'adhésion

L'adhésion des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ou des retraités est individuelle et facultative. Il n'est pas prévu d'âge maximal d'adhésion.

L'agent ou le retraité désireux d'adhérer à la Mutuelle doit lui remettre un bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé avec indication de ses éventuels ayants droit à garantir.

Doivent être joints, tous les éléments d'information nécessaires à la Mutuelle et notamment :

- un justificatif d'appartenance à la fonction publique territoriale avec indication de la date d'entrée ;
- éventuellement, un justificatif d'adhésion antérieure à un contrat ou règlement santé dit « solidaire » conforme au dispositif spécifique à la fonction publique territoriale et l'attestation d'assuré social de chaque bénéficiaire ;
- le justificatif de la qualité d'ayant droit ;
- le relevé d'identité bancaire pour le prélèvement des cotisations et le versement des prestations ;
- un acompte de cotisation.

La Mutuelle peut être amenée à demander des éléments complémentaires ou des précisions sur les informations fournies.

Dans le cas où un dossier d'adhésion reste incomplet, il est renvoyé au signataire et l'adhésion ne prend pas effet.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Dématérialisation

La Mutuelle peut proposer d'adhérer au(x) règlement(s) de façon dématérialisée.

A cet effet, le Membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle.

Dans ce cadre, notamment le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Signature électronique

La signature électronique est un procédé technique permettant de donner à un document sur support électronique la même valeur juridique que celle d'un écrit sur support papier. Elle peut être proposée par la Mutuelle pour la signature d'une adhésion en face à face en agence, à distance ou en ligne dans les conditions prévues par l'article L.221-6-7 du Code de la Mutualité. Des Conditions Générales d'Utilisation viennent détailler les conditions dans lesquelles est réalisée la signature électronique. Après en avoir pris connaissance, la personne désireuse d'adhérer s'engage à en respecter les dispositions. La signature électronique assure l'identification du signataire ; elle permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au membre participant, dont les documents contractuels (bulletin d'adhésion, mandat SEPA, règlement mutualiste, fiche d'information) transmis sur support durable à l'adresse e-mail et/ou sur son espace Entreprise.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la Mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment. Il peut demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de l'adhésion.

Afin de faciliter le règlement des prestations, la Mutuelle doit être informée, dès leur survenance, de tout changement sur les données personnelles et familiales indiquées sur le bulletin d'adhésion (adresse, coordonnées bancaires, affiliation ou perte de la qualité d'ayant droit…).

Article 6 : Garanties

Les garanties ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par le membre participant et ses éventuels ayants droit en cas de maladie, maternité, accident, dès lors que ceux-ci donnent lieu à remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire français auquel ils sont affiliés.

De manière accessoire, et en conformité avec les mentions stipulées sur le bulletin d'adhésion et/ou sur le certificat d'adhésion, certains frais ne donnant pas lieu à indemnisation de la part du régime d'assurance maladie obligatoire pourront être pris en charge par la Mutuelle. Si la garantie prévoit des prestations annexes liées à une hospitalisation, la Mutuelle pourra les prendre en charge dans la mesure où l'hospitalisation aura donné lieu à un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Les prestations, limitations et exclusions de garanties sont décrites dans le tableau annexé au présent règlement.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Lorsque la prise en charge des frais d'accompagnement est prévue par la garantie, ils sont remboursés au membre participant

Lorsque la prise en charge d'une chambre particulière est prévue par la garantie, la Mutuelle rembourse uniquement l'hébergement en chambre individuelle et ne prend pas en compte les services et prestations optionnels.

Choix des garanties

Chaque membre participant choisit librement lors de son adhésion le tableau de garanties dont il souhaite bénéficier. Le membre participant et ses ayants droits doivent bénéficier du même tableau de garanties.

Le membre participant peut demander un changement de tableau de garanties, à condition d'avoir bénéficié pendant au moins un an des garanties en cours.

La modification de garanties prend effet, après émission d'un nouveau certificat d'adhésion par la Mutuelle et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation, si la demande de modification de l'adhésion a été reçue par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance. A défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante.

Garanties responsables

Les garanties sont conformes au dispositif législatif et réglementaire relatif aux « contrats responsables », décrit dans l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et dans ses différents textes d'application ; elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment,

- **sont expressément exclues des prestations :**
  - **la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale);**
  - **la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale).**
  - **la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L.162-5-3 et L.162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;**
  - **la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.**
- Les remboursements respectent les obligations :
  - de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ainsi qu'aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ;
  - de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ; **cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou encore les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), ni les frais de cure thermale** de double limitation des remboursements des dépassements

tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;

- de prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
  - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
  - dans le respect de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus la participation de l'assuré prévue au I de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale, pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, ainsi que dans le respect des conditions prévues à l'article D.911-1 du code de la Sécurité sociale ;

  La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

- de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
- de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
  - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 ;
  - au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Lla prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1.

- de la prise en charge des dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

- de la prise en charge des dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour des véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

La Mutuelle communique avant l'adhésion, puis annuellement les ratios Prestations/Cotisations et Frais de gestion/Cotisations ainsi que la composition des frais de gestion relatifs aux garanties Complémentaire Santé de l'ensemble de son portefeuille selon les modalités précisées par un arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Garanties conformes aux obligations de prise en charge minimale spécifiques à la fonction publique prévues par l'arrêté du 19/12/2007

A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des membres participants ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Solidarité intergénérationnelle

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité. De surcroît, la Mutuelle ne peut recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Conditions de paiement des prestations

Dans le cas où ces documents sont transmis par voie dématérialisée, les originaux doivent être conservés par le membre participant ou ses ayants droits afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle ; ceci pour la durée de prescription, soit 5 ans à compter de la date des soins.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Quel que soit la garantie choisie, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

Dans le cas des frais de transport, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque le membre participant ou un bénéficiaire utilise un véhicule personnel, si le tableau de garantie prévoit un remboursement supérieur à 100%, part de l'assurance maladie obligatoire incluse, le remboursement s'effectue sur la base du barème kilométrique fiscal en vigueur à la date du transport, sur présentation de :

- La copie de l'état de frais adressé à l'assurance maladie obligatoire
- Le décompte de l'assurance maladie obligatoire
- La copie de la carte grise du véhicule

Le traitement des prestations s'effectue à réception du dossier complet des pièces justificatives, utiles et proportionnées demandées par la Mutuelle. A ce moment, le paiement est réalisé sous 48h pour les demandes de remboursement reçues par télétransmission et sous 10 jours pour les décomptes et factures envoyé(e)s par courrier.

Contrôle

Si, après avoir payé un professionnel de santé, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ou que le remboursement dépasse la limite des garanties souscrites, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte dans les conditions de l'article 8.4.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, utile et proportionnée ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais. La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuité du service des prestations au titre du présent règlement. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du membre participant ou de son ayant-droit de se soumettre à ce contrôle, ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable au membre participant ou à son ayant-droit, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin

désigné par le membre participant ou de son ayant-droit, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et le membre participant.

En cas de fraude avérée, le membre participant ou son ayant-droit supportera la totalité des honoraires du tiers expert. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la mutuelle et le membre participant ou son ayant droit.

Dentaire

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

Limite des remboursements

Dans tous les cas, les remboursements ou les indemnisations 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 après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Déchéance en cas de fraude

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée par l'utilisation de moyens frauduleux ou la production de documents falsifiés (faux décomptes, fausses factures, faux bulletins d'hospitalisation …) fait perdre tout droit à prestation au membre participant ou à l'ayant droit qui porte ainsi atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Les prestations déjà versées à tort par la Mutuelle dans ces conditions seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Toute personne dont la fraude est avérée pourra être exclue de la Mutuelle dans les conditions de l'article 8 des statuts celle prévues par le présent document.

Indus

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers payant. En cas de versement de prestations ou un crédit de cotisation se révélant indu, la Mutuelle se réserve le droit de :

- Compenser les prestations payées à tort avec un versement de prestations postérieur ou,
- Solliciter la répétition de la prestation indument versée dans le délai de 5 années ; en cas de non-restitution des sommes par le membre participant, la Mutuelle pourra recourir à tous les moyens de droit nécessaires à leur recouvrement.

Les modalités de démission, radiation et exclusion, ainsi que leurs effets, sont également précisés par l'article 8 des statuts de la Mutuelle et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Peuvent être exclus les membres participants qui eux-mêmes ou leurs ayants droits, ont porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle, de ses salariés ou de ses élus (administrateurs ou délégués), de façon directe, indirecte ou par personne interposée, ou qui ont manqué à leurs obligations prévues par les statuts et le règlement intérieur ou les règlements mutualistes ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice financier, matériel ou moral à la Mutuelle, à ses salariés ou à ses élus (administrateurs ou délégués).

La fraude ou la tentative de fraude aux prestations constituent un motif d'exclusion de la Mutuelle sans préjudice du droit de la Mutuelle d'obtenir le remboursement des prestations indument versées.

En cas de préjudice dûment constaté, la Mutuelle peut suspendre à titre conservatoire les garanties.

Le membre dont l'exclusion est envisagée pour l'un ou l'autre des motifs précités, est convoqué devant la Commission de discipline, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par lettre recommandée électronique, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué ou après son audition, son exclusion pourra être prononcée par le Conseil d'administration après exposé des motifs par la Commission de discipline. La décision d'exclusion est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet à compter de la date de la notification.

Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 10 ans à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion sauf accord préalable du Conseil d'administration.

En outre, la Mutuelle se réserve le droit de mener toutes actions extrajudiciaires et judiciaires civiles et/ou pénales permettant notamment de récupérer les prestations indûment réglées.

Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables. A cet effet, le membre participant ou les bénéficiaires des prestations devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

Article 7 : Cotisations

Montant de la cotisation

Les montants, périodicités et modalités de paiement des cotisations sont indiqués dans le bulletin d'adhésion. Le montant annuel des cotisations est fixé par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale.

Le montant des cotisations intègre les taxes et prélèvements fixés par la législation et règlementation en vigueur et spécifiques aux risques garantis. Toute évolution sera intégrée au calcul des cotisations à la date d'application des nouveaux textes.

Conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité, la modification des montants de cotisations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Lorsque l'âge est pris en compte dans le calcul du montant de la cotisation, la cotisation due est celle correspondant à l'âge atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile. La cotisation évolue ensuite en fonction de son âge.

Principe de solidarité intergénérationnelle et familiale

La tarification des garanties répond aux principes de solidarité intergénérationnelle et familiale.

Ainsi, le rapport entre la cotisation due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par le membre participant de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé est inférieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour les mêmes garanties.

Les tarifs des familles les plus nombreuses n'excèdent pas ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.

Majoration de cotisation pour adhésion tardive à un dispositif solidaire

Des majorations de cotisation sont appliquées aux agents et retraités adhérant tardivement à un dispositif de garanties complémentaires santé spécifique à la fonction publique territoriale, selon les modalités prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et l'arrêté du 8 novembre 2011 sur les majorations de cotisation.

Paiement de la cotisation

Le membre participant est seul responsable du paiement de la cotisation. Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Leur paiement peut être fractionné selon la périodicité choisie par le membre participant sur le bulletin d'adhésion.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, la cotisation est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur.

Le membre participant s'engage à régler la cotisation au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance périodique.

Aucun paiement en espèce ne sera accepté.

Participation de la collectivité territoriale au paiement de la cotisation de son agent

En cas de versement direct à la Mutuelle de la participation de la collectivité territoriale, son montant est répercuté intégralement en déduction de la cotisation due par l'agent territorial.

Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, à 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 est suspendue 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 prévus à l'alinéa précédent.

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations 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 cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provisions) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liés à ce rejet.

Après radiation, le membre participant pourra adhérer à nouveau deux ans après la date de la résiliation des garanties, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion

Article 8 : Information sur le Règlement et ses Modifications

Article 8.1 : Modalités

Le présent règlement peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou adoptée par le Conseil d'Administration s'il a reçu délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article L. 114-11 du Code de la Mutualité ; dans ce cas-là, il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Les prestations et les cotisations peuvent être modifiées par l'Assemblée Générale, ou sur délégation par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Article 8.2 : Informations

Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle ; elles sont applicables dès qu'elles leur ont été notifiées.

Cette notification pourra être effectuée par une insertion dans les lettres d'information adressées aux membres participant, par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication, notamment par le biais de tout support durable autorisé par le Code de la Mutualité.

Article 8.3 : Support durable

Selon les dispositions de l'article L. 221-6-4 du Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées

Quand la Mutuelle met à la disposition du membre participant des documents sur support durable autre que le papier, ceux-ci seront dématérialisés et consultables sur l'Espace Adhérent du membre participant (via le site Internet de la Mutuelle).

Dans ce cas, à la mise en ligne d'un nouveau document, une information est adressée au membre participant :

- soit par courrier électronique à l'adresse de messagerie électronique,
- soit par SMS au numéro de téléphone mobile,

portés à la connaissance de la Mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment.

Toute modification du cadre réglementaire ou législatif pourra entraîner un ajustement du présent règlement.

Les éventuelles modifications ultérieures du règlement seront transmises au Prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel, conformément à la règlementation sur la labellisation.

En cas de décision négative sur le maintien du label, la Mutuelle informe, dans un délai d'un mois à compter de cette notification, les membres participants des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation prévue par la règlementation.

Article 9 : Déclaration du risque et Prescription

La Mutuelle doit être informée de la réalisation du risque couvert par chaque garantie dès que le bénéficiaire de la prestation en a connaissance et au maximum dans le délai de prescription afférent à la garantie en cause.

La Mutuelle se réserve le droit de demander une indemnité en cas de déclaration tardive, conformément à l'article L.221-16 du Code de la Mutualité.

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 10 : Réclamation - Médiation

a. Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle Prévifrance « Réclamation Santé Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6 par courrier recommandé avec accusé de réception.

b. Médiation

Avant la saisine du médiateur, le membre participant ou l'ayant droit doit avoir tenté, au préalable, de résoudre le litige par une réclamation écrite auprès de la Mutuelle.

Si la réponse écrite à sa réclamation ne le satisfait pas ou en cas d'absence de réponse à sa réclamation écrite sous 2 mois, et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, il a la possibilité de solliciter l'avis du médiateur.

Le Médiateur est saisi gratuitement en lui adressant le dossier, accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction de celui-ci :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

Article 11 : Informatiques et Libertés

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle Prévifrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale.

La réception et le traitement des documents comportant des informations médicales par les salariés de la Mutuelle Prévifrance sont effectués dans le respect des procédures internes limitant le nombre de personnes ayant accès à ces renseignements et garantissant leur confidentialité. Ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au secret professionnel.

Dans ce cadre, les salariés de la Mutuelle Prévifrance pourront traiter l'ensemble des informations médicales.

Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités Prévifrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Pour plus d'informations, les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVIFRANCE - Protection des données - 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la prévention contre la déshérence des contrats.

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel sont nécessaires à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées au contrat du Souscripteur sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE).

Article 12 : Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Ce délai commence à courir soit à compter de la date d'effet mentionnée sur son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle Prévifrance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation. Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle Prévifrance rembourse au membre participant les cotisations payées. Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après : «Je, soussigné(e)……..domicilié(e)…. déclare renoncer à mon adhésion du …/…/…. au règlement mutualiste Santé Prévi Pompiers et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.»

Fait à ….., le ……., (signature).

A adresser à : Mutuelle Prévifrance - Santé Gestion des contrats - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 06.

Article 13 : Loi et langue applicable

La loi applicable est la loi française. La langue applicable est la langue française.