

REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE FAMILIALE DES TRAVAILLEURS DU GROUPE SAFRAN MFTGS

- **CHAPITRE I** OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS
- **CHAPITRE II** OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE
- **CHAPITRE III** OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

CHAPITRE I

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Le Règlement mutualiste définit les droits et obligations caractéristiques de la mutuelle et des membres participants. Adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, il définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations des contrats individuels.

Les membres participants ou honoraire des contrats SAFRAN sont régis suivant les dispositions de l'accord groupe.

Article 1^{er} - Cotisations :

Article 1-a : CONTRATS INDIVIDUELS :

Assuré - 26 ans	<u>ACTIFS</u>	<u>AZUR</u>	<u>JADE</u>	<u>OCRE</u>	<u>OR</u>	<u>PLATINE</u>
	1 Assuré(e)	32 €	37 €	43 €	52 €	63 €
	1 Assuré(e) + 1 enfant	56€	66 €	80 €	100 €	115 €
	1 Assuré avec 2 enfants	58 €	67 €	81 €	102 €	120 €
	2 Assurés	58 €	67 €	81 €	102 €	120 €
	1 Famille	89 €	104 €	120 €	150 €	175 €
Assuré de 26 à 30 ans	<u>ACTIFS</u>	<u>AZUR</u>	<u>JADE</u>	<u>OCRE</u>	<u>OR</u>	<u>PLATINE</u>
	1 Assuré(e)	50 €	58 €	60 €	93 €	111 €
	1 Assuré(e) + 1 enfant	77 €	89 €	101 €	139 €	160 €
	1 Assuré avec 2 enfants	95 €	112 €	114 €	173 €	203 €
	2 Assurés	95 €	112 €	114 €	173 €	203 €
	1 Famille	126 €	148 €	157 €	223 €	261 €
Assuré + 30 ans	<u>ACTIFS</u>	<u>AZUR</u>	<u>JADE</u>	<u>OCRE</u>	<u>OR</u>	<u>PLATINE</u>
	1 Assuré(e)	71 €	81 €	105 €	136 €	177 €
	1 Assuré(e) + 1 enfant	98 €	116 €	143 €	179 €	201 €
	1 Assuré avec 2 enfants	137 €	152 €	200 €	252 €	281 €
	2 Assurés	137 €	152 €	200 €	252 €	281 €
	1 Famille	164 €	190 €	240 €	307 €	333 €

RETRAITES	R300	R320	R340	R380	R400
1 Assuré(e)	83 €	91 €	112 €	133 €	174 €
1 Assuré(e) + 1 enfant	109 €	121 €	150 €	182 €	216 €
1 Assuré(e) avec 2 enfants	158 €	173 €	212 €	254 €	308 €
2 Assurés	158 €	173 €	212 €	254 €	308 €
1 Famille	166 €	208 €	240 €	280 €	354 €

La cotisation FAMILLE s'applique aux compositions suivantes :

- 1 assuré avec trois enfants ou plus.
- 2 assurés avec un enfant ou plus.

Article 1-b : CONTRATS GROUPE SAFRAN :

Les cotisations sont définies par la commission de suivi mise en place par les signataires du contrat collectif.

CHAPITRE II

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 2 : Conditions d'adhésion

Par la signature du bulletin d'adhésion et dûment complété avec l'ensemble des pièces justificatives demandées

Article 3 : Contrats et prise d'effet des garanties

Pour les opérations individuelles :

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le premier jour de la réception de son dossier complet par la mutuelle - cotisation comprise. *Elle prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Elle est prolongée annuellement par décision tacite à l'expiration de la 1ère échéance annuellement par décision tacite à l'expiration de la 1ère échéance puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est fixée au 31 décembre.*

Article 4 : Cotisations

Les membres participants ou honoraires des contrats Individuels Actifs et Retraités s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle suivant le contrat choisi qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (fédération, unions) ou techniques (organisme mutuel de prévoyance ou caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par leurs statuts ou leurs règlements.

La cotisation est individuelle ou familiale.

En signant son bulletin d'adhésion, le postulant s'engage pour lui-même et sa famille à respecter les Statuts, le Règlement mutualiste et le Règlement Intérieur de la Mutuelle, à se soumettre à toutes les obligations à sa charge en découlant. Tout changement de contrat ne pourra s'effectuer qu'une fois par an à date anniversaire sauf si l'adhérent demande un changement de contrat avec des prestations supérieures à celles qu'il a en cours.

Article 4-a : Conditions et modalités de modifications des cotisations

La cotisation peut évoluer selon la catégorie du membre participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale, tel que défini à l'article 1-a. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe...).

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés).

Le barème des cotisations est modifié sur décision du conseil d'administration dans les conditions des Statuts. Les modifications des barèmes sont applicables à toutes les garanties en cours au 1er janvier, quelle que soit la date d'adhésion ou de changement d'option.

Les montants ou taux de cotisations peuvent varier en fonction de la modification de la réglementation en vigueur qui est applicable au présent règlement. Dans ce cas, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont appliquées de plein droit, sans délai et sans formalisme au présent règlement. Elles s'imposent aux membres participants dès leur notification par la mutuelle.

Article 5 : Droits aux prestations

Pour avoir droit aux prestations, les membres participants des contrats Individuels Actifs et Retraités devront être à jour de leurs cotisations lors de la demande de remboursement et fournir toutes pièces justificatives prévues par les Statuts et Règlements de la mutuelle.

Pour les nouveaux membres participants, le droit aux prestations démarre dès le premier jour du mois d'adhésion, après acquittement du droit d'adhésion.

Article 6 : Règlement des cotisations

La cotisation fait l'objet d'un appel de cotisation mensuel envoyé au plus tard dans le mois précédant l'échéance.

Les cotisations sont toujours exigibles et dans tous les cas aucune exonération ne pourra être demandée. La non-réception de cet appel de cotisations ne dispense pas le membre participant du paiement de la cotisation.

Le membre participant qui négligerait de payer régulièrement sa cotisation fera l'objet d'un rappel écrit.

La cotisation peut être réglée mensuellement par prélèvement bancaire sur le compte de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations. En cas de rejets consécutifs de prélèvement, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des pénalités et de répercuter les frais fixés par l'organisme bancaire.

Article 7 : Informations à transmettre en cas de modification de la situation des adhérents et de leurs ayant droits

Dans le cadre d'une naissance, d'une adoption, d'un mariage, d'un concubinage, de la signature d'un pacte civil de solidarité, d'un départ à la retraite ou d'un décès les changements de situation prendront effet au 1^{er} jour suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. La prime naissance, si elle est prévue par la garantie souscrite, ne sera versée que si le changement de situation a été reçu par la Mutuelle dans ce délai.

Passé le délai de trois mois, les modifications demandées interviendront au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La cotisation afférente à l'adhésion d'un nouvel ayant droit est due à compter de la date d'effet de son adhésion.

Toute modification en cours de contrat de la situation du membre participant ou de sa famille telle que figurant sur le bulletin d'adhésion doit être immédiatement signalée à la Mutuelle et l'adhérent devra joindre les documents justificatifs correspondants (certificat de scolarité pour la poursuite d'études des enfants, justificatifs de PACS, certificat de mariage, certificat de naissance ...).

Tout membre participant des contrats Individuels Actifs et Retraités qui négligerait de signaler la situation réelle de ses ayants droits pour titularisation à la mutuelle et pour lesquels la mutuelle aurait, du fait de ses Statuts et Règlements, appliqué une catégorie incompatible avec la situation réelle, devra s'acquitter du rappel de cotisations dont le décompte sera établi par les services administratifs. Ce rappel ne pourra excéder un an de cotisation. De même si une modification signalée a conduit la mutuelle à percevoir des cotisations à tort, l'adhérent ne pourrait demander le remboursement de ses cotisations que pour un montant équivalent à un an de cotisations maximum.

Les membres titulaires sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations sur leur relevé bancaire et d'adresser leur réclamation immédiatement au service administratif de la Mutuelle.

Article 8 : Démission

Les membres participants aux contrats individuels disposent d'un droit de résiliation ou de dénonciation de son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. 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 la personne morale souscriptrice.

La notification de la dénonciation ou de la résiliation, conformément à l'article L221-10-3 du code de la mutualité, peut se faire soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou dans l'un des bureaux d'accueil de la mutuelle, soit par acte extra-judiciaire.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation. À défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations de la mutuelle, entraîne la perte de sa qualité d'adhérent.

Concernant les contrats collectifs à adhésion facultative, les modalités pratiques d'application du présent article sont précisées au contrat collectif, au bulletin d'adhésion, et avec chaque échéancier.

Pour les membres participants ou honoraires des contrats SAFRAN, les démissions sont régies suivant les dispositions de l'accord groupe.

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

Cas spécifique des résiliations par voie électronique :

Le droit à résiliation par voie électronique exercé par le membre participant n'est ouvert qu'à la condition que la mutuelle ouvre l'accès aux adhésions par voie électronique.

Dans ce cas, la mutuelle met à la disposition de l'intéressé une fonctionnalité permettant d'accomplir, par voie électronique, la notification et les démarches nécessaires à la dénonciation ou à la résiliation du contrat.

Lorsque l'intéressé notifie la dénonciation ou la résiliation du contrat, la mutuelle lui confirme la réception de la notification et l'informe, sur un support durable et dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la dénonciation ou de la résiliation »

En cas d'absence de faculté d'adhérer en ligne, aucun droit à résiliation par ce mode n'est ouvert aux membres participants.

Article 9 : Radiation

Les membres participants aux contrats Individuels Actifs et Retraités peuvent être radiés s'ils ne remplissent plus les conditions énoncées dans les Statuts et dans le Règlement mutualiste.

En particulier, et toujours pour les contrats individuels, en cas de non-paiement de la cotisation due dans les **deux mois** de son échéance, la mutuelle adresse une mise en demeure et suspend les prestations dans les **trente jours** suivants si la régularisation n'est pas effectuée. Cette mise en demeure est adressée par lettre recommandée avec Accusé de réception. A défaut de paiement dans les **dix jours** suivant cette suspension, la mutuelle peut résilier le contrat.

Article 10 : Exclusion

Les membres participants aux contrats Individuels Actifs et Retraités peuvent être exclus s'ils ont volontairement causé un préjudice dûment constaté aux intérêts de la mutuelle.

L'adhérent doit remplir avec exactitude le bulletin de demande d'adhésion. Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours d'adhésion entraîne l'application des sanctions prévues par le code de la mutualité.

L'adhérent peut être exclu de la mutuelle en cas constaté de fausse déclaration intentionnelle ; l'exclusion est immédiate et la mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues tout en considérant acquises les cotisations versées, exceptés dans les cas visés à l'article L221-17 du même code. Le membre, dont l'exclusion est proposée pour ce motif, est informé par lettre recommandée avec accusé de réception selon l'article 12 des Statuts de la mutuelle.

Article 11 : Conséquences de démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues dans le Règlement mutualiste.

Aucune prestation ne sera pourvue 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.

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestation, y compris pour les prestations ayant fait l'objet d'un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d'effet de la démission ou radiation. Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l'accord de prise en charge ayant fait l'objet de soins ou d'actes réalisés avant la date d'effet de la fin du contrat.

CHAPITRE III

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 12 :

Si le membre participant ou son ayant-droit ne paie qu'une partie du ticket modérateur, il ne sera remboursé que pour les sommes effectivement versées selon le contrat souscrit.

Les prestations sont remboursées exclusivement sur présentation des décomptes originaux de la Sécurité Sociale, d'hospitalisation, de ticket modérateur, etc.

Article 13 : Droits aux prestations

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes hospitalisées à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Pour toutes les catégories énoncées à l'article 1-a du présent Règlement, l'adhérent, son conjoint non salarié, ses enfants et ascendants reconnus à charge par la sécurité sociale, la mutuelle rembourse sur la base des prestations fixées à l'article 18 du présent Règlement.

Lorsqu'un titulaire fait adhérer un bénéficiaire (mariage, concubinage ou PACS) les droits du bénéficiaire sont ouverts immédiatement pour tous risques dont le premier acte médical ne sera pas antérieur à la date de l'adjonction. Tout enfant, d'un membre titulaire, naissant, devra obligatoirement être signalé au service administratif de la Mutuelle par un extrait de naissance dans les plus brefs délais. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

Pour toutes les catégories annoncées à l'article 1-b du présent Règlement les dispositions dépendent de l'accord groupe SAFRAN.

Article 14 : Réserve

Article 15 : Tiers payant

Les prestations pour lesquelles la MFTGS ou le prestataire de tiers payant ont délivré des bons de prise en charge seront payées directement par le prestataire de tiers payant aux professionnels de santé et établissements ayant signé les conventions avec lui et ayant accepté ce mode de paiement.

Article 16 : Devis

La M.F.T.G.S. décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le régime de la Sécurité Sociale.

Article 17 : Procédure de remboursement par la mutuelle

L'adhérent appartenant à une caisse de Sécurité Sociale avec laquelle la Mutuelle n'aurait pas signé de convention de télétransmission devra se faire rembourser par sa Caisse et présenter le décompte pour paiement du ticket modérateur.

Sauf dans les cas de tiers payant intégral permettant à la mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés par le membre participant, ou ses ayants droits, et dans les limites prévues au présent Règlement, la mutuelle n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance sociale dont relève l'adhérent.

Les frais des soins, seront remboursés par la mutuelle au vu des documents transmis par la caisse de Sécurité Sociale et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission.

En l'absence de mise en place de télétransmission (certaines caisses primaires d'assurance maladie ne l'ayant pas mis en place pour assurer le lien avec les mutuelles), l'adhérent ne pourra prétendre à un éventuel remboursement qu'à condition de transmettre dans les meilleurs délais à la mutuelle le décompte du Régime Obligatoire (sur lequel figure la prise en charge de l'acte, objet de la demande de remboursement) et la facture acquittée.

A défaut de télétransmission et/ou du décompte du Régime Obligatoire, les remboursements seront effectués sur la base d'une facture acquittée mentionnant la participation du Régime Obligatoire et/ou mentionnant que l'établissement est en Dotation Globale de Financement ".

Ces documents doivent être fournis par l'adhérent.

A réception d'une demande complète, le délai de versement des prestations est de 5 jours ouvrable.

Article 18 : Prestations

Contrats INDIVIDUELS ACTIFS et RETRAITES :

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le domaine de la maladie et de la chirurgie sont définies selon le contrat choisi :

	AMO en %BR	R 300/AZUR AMO inclus	R 320/JADE Base + AMO inclus	R 340/OCRE Base + AMO inclus	R 380/OR Base + AMO inclus	R 400/ PLATINE Base + AMO inclus
SOINS COURANTS						
Consultations - visites Généralistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	120 %BR	200%BR	300 %BR	300 %BR	300 %BR
Consultations - visites Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	100 %BR	130%BR	200 %BR	200 %BR	200 %BR
Consultations - visites Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	120 %BR	200%BR	300 %BR	300 %BR	320 %BR
Consultations - visites Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	100 %BR	130%BR	200 %BR	200 %BR	200 %BR
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	120 %BR	200%BR	300 %BR	300 %BR	320 %BR
Actes de spécialité - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	100 %BR	130%BR	200 %BR	200 %BR	200 %BR
Imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	120 %BR	200%BR	300 %BR	300 %BR	300 %BR
Imagerie médicale - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	100 %BR	130%BR	200 %BR	200 %BR	200 %BR
Honoraires paramédicaux	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Analyses et examens de laboratoire	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Transport	55%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Médicaments remboursés par l'AMO	15%-30%-65%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Prothèses médicales	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Prothèses médicales Mammaires externes - crédit annuel	100%	100 %BR + 80 €	100%BR + 130€	100 %BR + 150 €	100 %BR + 200 €	100 %BR + 250 €
Prothèses médicales Capillaire- crédit annuel	100%	100 %BR + 80 €	100%BR + 130€	100 %BR + 150 €	100 %BR + 200 €	100 %BR + 250 €
Appareillages - Dispositifs médicaux - Orthopédie	60%-65%-100%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Appareillages - ceinture orthopédique - Crédit annuel	60%	100 %BR + 80 €	100 %BR + 80 €	100 %BR + 80 €	100 %BR + 80 €	100 %BR + 100 €
Appareillages - bas de contention - Crédit annuel	60%	100 %BR + 100 €	100 %BR + 150 €	100 %BR + 200 €	100 %BR + 250 €	100 %BR + 300 €
Appareillages - Semelles orthopédiques- Crédit annuel	60%	100 %BR + 80 €	100 %BR + 100 €	100 %BR + 150 €	100 %BR + 200 €	100 %BR + 300 €
Appareillages-divers orthèses	60%	120% BR	140% BR	160% BR	190% BR	210% BR
CURES THERMALES (4)						
Cure thermique remboursée par l'AMO	65%	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
Forfait cure	Néant	250 €	300 €	350 €	400 €	450 €
Surveillance médicale	70%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Participation à l'hébergement et au transport	55%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
PREVENTION - BIEN ETRE						
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	Rbt AMO	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Médecine complémentaire (MC Spé) : Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités : Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Sophrologue. (Obligation : praticiens ayant obtenu un diplôme universitaire ou d'un institut agréé par l'Etat),	Néant	160 €	200 €	240 €	280 €	320 €
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES						
GARANTIE ASSISTANCE vie quotidienne	Néant	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

LEXIQUE : AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / BRR : Base de Remboursement Reconstituée / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur / PLV : Prix Limite de Vente. Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

	AMO en %BR	R 300/AZUR AMO inclus	R 320/JADE Base + AMO inclus	R 340/OCRE Base + AMO inclus	R 380/OR Base + AMO inclus	R 400/ PLATINE Base + AMO inclus
HOSPITALISATION (1)						
SECTEUR CONVENTIONNE						
Frais de séjour	80%	100 %BR	200%BR	300 %BR	300 %BR	300 %BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	120 %BR	200%BR	300 %BR	480 %BR	530 %BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	100 %BR	150%BR	200 %BR	200 %BR	200 %BR
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) (1c) - Par jour -	Néant	50 €	75€	90 €	90 €	90 €
Chambre particulière avec nuitée (chir. méd. mater.) (1a) - Par jour	Néant	50 €	75€	90 €	90 €	90 €
Chambre particulière en ambulatoire (chir. méd. mater.) - Par jour	Néant	50 €	75€	90 €	90 €	90 €
"Chambre particulière en suite de soins (1a) - Par jour (Etablissements spécialisés de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence)"	Néant	50 €	75€	90 €	90 €	90 €
Chambre particulière en psychiatrie (1a) - Par jour	Néant	0 €	0 €	0 €	90 €	90 €
Forfait journalier hospitalier (1b)	Néant	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation "actes lourds"	Néant	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
OPTIQUE (2)						
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A (monture + verres) (équipement 100% santé)						
Forfait Monture	60%	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV
Forfait par Verre	60%	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (monture + verres) (Le rbt AMO est inclus au forfait)						
Forfait Monture	60%	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Forfait par Verre unifocal faible et moyenne correction	60%	50 €	70 €	80 €	110 €	138 €
Forfait par Verre unifocal forte correction	60%	80 €	110€	122 €	150 €	210 €
Forfait par Verre multifocal ou progressif faible correction	60%	80 €	110€	122 €	150 €	210 €
Forfait par Verre multifocal ou progressif forte correction	60%	100 €	135€	150 €	190 €	250 €
SUPPLEMENTS OPTIQUES						
CLASSE A						
Adaptation de la correction visuelle, appairage de verre d'indice de réfraction différent, verre avec filtre	60%	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséiconique)	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
CLASSE B						
Adaptation de la correction visuelle, verre avec filtre	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Appairage de verre d'indice de réfraction différent	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséiconique)	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES						
Lentilles remboursées par l'AMO - Crédit annuel	60%	100 %BR + 200 €	100%BR + 280€	100 %BR + 350 €	100 %BR + 380 €	100 %BR + 400 €
Lentilles non remboursées par l'AMO - Crédit annuel	Néant	150 €	240€	300 €	350 €	380 €
Chirurgie ophtalmologique - Par oeil	Néant	100 €	300€	450 €	550 €	600 €
DENTAIRE						
PROTHESES DENTAIRES						
PANIER DE SOINS 100% santé						
Prothèses et réparations remboursées par l'AMO	60%	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV
Inlay-Core	60%	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO	60%	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV
PANIER DE SOINS AUX TARIFS MAITRISES OU TARIFS LIBRES						
Prothèses et réparations remboursées par l'AMO (3)	60%	290 %BR	310 %BR	340 %BR	370 %BR	390 %BR
Inlay-Core (3)	60%	290 %BR	310 %BR	340 %BR	370 %BR	390 %BR
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO (tarifs maîtrisés) (3)	60%	290 %BR	310 %BR	340 %BR	370 %BR	390 %BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES						
Soins dentaires (y compris parodontologie, détartrage et imagerie dentaire remboursés par l'AMO)	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Inlays-onlays	60%	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR	100 %BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	150 %BR	180 %BR	200 %BR	350 %BR	400 %BR
Prothèses non remboursées par l'AMO (3)	Néant	130 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Parodontologie non remboursée par l'AMO - Crédit annuel (3)	Néant	100 €	130 €	150 €	200 €	250 €
Implantologie NON remboursée par l'AMO - 2 implants par an	Néant	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
AIDES AUDITIVES (3)						
Aides auditives CLASSE 1						
Enfant et adulte (équipement 100% santé) - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV	100 %PLV
Aides auditives CLASSE 2						
Enfant jusqu'à 20 ans inclus - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	100 %BR + 180 €	100%BR + 220€	100 %BR + 300 €	100 %BR + 300 €	100 %BR + 300 €
Adulte - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	100 %BR + 180 €	100%BR + 250€	100 %BR + 360 €	100 %BR + 560 €	100 %BR + 800 €
Piles, entretien et réparation	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. Si le médecin n'est pas conventionné avec l'Assurance Maladie, la base de remboursement est celle du tarif d'autorité. Sauf mention contraire, en secteur non conventionné, la chambre particulière est limitée à 50% du montant de la prise en charge de la chambre particulière en secteur conventionné et la mutuelle ne prend pas en charge les frais d'accompagnement. »

(1a) La durée globale de la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours / an / bénéficiaire pour les garanties R300 à R380 et AZUR à OR. En garantie R400 et PLATINE cette limite est portée à 60 jours.

(1b) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(1c) les frais d'accompagnement sont limités à 30 jours par an.

(2) Optique : Possibilité de choisir la monture en classe A ou B et de prendre les verres dans l'autre classe.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants. Cette période est ramenée à 1 an (glissant) pour un équipement (1 monture et 2 verres), en cas d'évolution de la correction optique selon certains critères (voir annexe).

Pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 12 mois glissants.

Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas de d'évolution de la correction optique objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans tous les cas : Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'évolution liée à des situations médicales particulières (voir annexe), sous réserve d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Lors d'un achat d'un équipement (monture + 2 verres) espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre).

La prise en charge de 2 équipements simultanés est possible dans certains cas particuliers, sous réserve d'une ordonnance de l'ophtalmologiste le précisant (voir annexe).

(3) Dentaire : Voir annexe sur www.mftgs.fr

(4) Aides auditives : Le remboursement de l'aide auditive, à compter du 1er janvier 2020, est soumis pour la classe 1 au prix limite de vente et, pour la classe 2, au plafond de remboursement (AMO + Mutuelle) de 1700 € / oreille dans la limite de la dépense (voir annexe).

Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans. Cette dernière disposition s'applique à partir du 1er janvier 2021 et tient compte des 4 dernières années antérieures.

Les règles de couverture par les contrats responsables (plancher, plafond, délai de renouvellement) sont applicables à chacun des équipements considérés individuellement.

Dans le cas où l'adhérent ne peut ou ne veut pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des déficits.

AMO Assurance Maladie Obligatoire

BR Base de Remboursement

BRR Base de Remboursement Reconstituée

PMSS Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

TM Ticket Modérateur

PLV Prix Limite de Vente

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L.160-13II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 2 €) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO) à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO). Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

Sont également incluses les séances de consultations de psychologues conformément à l'article L162-58 Code de la sécurité sociale et le forfait patient urgences conformément à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale. Toutes les prestations sont payées sous 5 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

Dans tous les cas, le versement des prestations, cumulé aux autres prestations versées pour un même événement, ne peut avoir pour effet d'excéder les plafonds aux limites de remboursement visées au cahier des charges du contrat responsable.

Plus particulièrement, lorsque le contrat souscrit est utilisé par le membre participant ou un ayant droit au titre d'un contrat surcomplémentaire, le demandeur devra justifier des prestations déjà perçues pour permettre un calcul des prestations pouvant encore être versées en complément.

Obs : Le cahier des charges du contrat responsable a été modifié par le décret n°2025-1131 qui intègre désormais la prise en charge renforcée (100% santé) des actes suivants :

- Location courte durée pour les fauteuils roulants,
- Prothèses capillaires de classe 2

Nom de la garantie :	AMO en % BR	Part Mutuelle (Calculs automatiques ne pas remplir cette colonne)	BASE AMO + Mutuelle
SOINS COURANTS			
Prothèses capillaires de classe 2	60%	100% PLV - 60% BR	100 % PLV
Location courte durée de Fauteuils roulants avec prise en charge renforcée	60%	100% PLV - 60% BR	100 % PLV

Article 19 : Chambre individuelle

Pour les membres participants des contrats Individuels Actifs et Retraités, la chambre particulière en maison de repos ou en cure n'est pas prise en charge par la Mutuelle.

Article 20 : Réservé

Article 21 : Principe indemnitaire

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

Article 22 : Secours et Action sociale

Pour les contrats individuels et retraités et extérieurs, des secours exceptionnels peuvent être accordés aux membres participants et honoraires par la Commission d'entraide de la MFTGS.

Pour les contrats groupe Safran, l'accord groupe définit les dispositions relatives à l'attribution d'aide et de secours pour les membres participants et honoraires.

Chaque dossier remis à la Commission d'entraide devra comporter les documents suivants :

- Imprimés MFTGS et / ou SAFRAN
- L'attestation fiscale de l'imposition ou non-imposition,
- La prise en charge ou non de la Sécurité Sociale,
- La facture acquittée,
- Tous documents nécessaires au dossier.

Article 23 : Subrogation

Lorsqu'un adhérent est victime d'un accident, la mutuelle est subrogée de plein droit 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 que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En cas d'accident suivi de mort, il en est de même vis-à-vis des ayants droits ; la part d'indemnité correspondant à leur préjudice moral leur demeure acquise.

Article 24 - Prescription

Toute action 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.*

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations de type prime de naissance ou de mariage, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

Article 24-a :

Les prestations établies et non réclamées par l'adhérent, au-delà des **24 mois**, seront affectées à l'œuvre sociale mutualiste.

Article 25 : Informations aux membres participants

Chaque adhérent peut consulter sur le site internet de la MFTGS, les Statuts, le Règlement mutualiste et le Règlement intérieur.

Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance sur le site internet de la mutuelle.

Chaque adhérent est informé de l'existence des Services et Etablissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du LIVRE III du code de la mutualité et des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 26 : Protection des données à caractère personnel

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

DPO

39 rue du Jourdil

CS 59029-Cran Gevrier

74991 ANNECY Cedex 9

dpo@mutuelles-entis.fr.

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

1. Finalité des traitements de données

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

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

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

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

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

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

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

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

2. Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service de développement, les personnels en charge de traiter la relation adhérent, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux).

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

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

3. Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

4. Les droits du membre participant

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

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexacts le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues par la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

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

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : Mutuelle Familiale des travailleurs du Groupe Safran, Centre Safran Aircraft Engines, d'EVRY – CORBEIL, BP 151, 91005 EVRY CEDEX, ou dpo@mutuelles-entis.fr

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

Article 27: Autorité de Contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09.

Article 28 : Réserve

Article 29: Loi applicable

Conformément à l'article L.225-2 du Code de la Mutualité,

I. Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, *à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française*, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L.225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- a) le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- b) l'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

Article 30 : Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle familiale des travailleurs du Groupe safran.
Service réclamation
Centre Safran Aircraft Engines, d'EVRY – CORBEIL,
BP 151
91005 EVRY CEDEX

A compter de la date d'envoi de sa demande, le service réclamation en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables en précisant si la demande est complète ou nécessite des éléments d'information complémentaires. Dans ce deuxième cas, le service réclamation accuse réception des compléments transmis ou de la réponse visant une impossibilité de complément.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement.

Article 31 : Médiation

Si le désaccord persiste, ou en l'absence de réponse de la mutuelle dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le membre participant ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Monsieur ou Madame le médiateur

39 rue du Jourdil
CS 59029-Cran Gevrier
74991 ANNECY Cedex 9
mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier, à réception, notifie aux parties sa saisine et le cas échéant demande l'envoi de tous compléments qu'il juge utile.

Il rend ses conclusions écrites et motivées dans le délai de 90 jours suivant la réception du dossier

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

Article 32 : Fraude

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

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

