

emoa.

Mutuelle du Var



Règlement des garanties
Frais de santé

Ma Ville Ma Santé

SOMMAIRE

1. Objet du règlement des garanties	3
2. Règlement applicable.....	3
3. Adhésion	3
3.1 Formalités d'adhésion	3
3.2 Personnes couvertes par le contrat.....	3
3.3 Pièces à fournir à l'adhésion	3
3.4 Date d'effet et durée de l'adhésion	3
3.5 Ajustement de l'adhésion	3
4. Modification des garanties.....	4
4.1 Changement de niveau de garantie	4
4.2 Modification des prestations à l'initiative d'EMOA Mutuelle du Var	4
5. Cessation des garanties.....	4
6. Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit	4
6.1 Résiliation ou radiation d'un ayant droit à l'initiative de l'adhérent.....	4
6.2 Résiliation ou radiation à l'initiative d'EMOA Mutuelle du Var	5
7. Fausse déclaration ou réticence intentionnelle, nullité et exclusion	5
8. Cotisations	5
8.1 Fixation et évolution des cotisations.....	5
8.2 Structure et calcul des cotisations.....	6
8.3 Paiement des cotisations	6
8.4 Non-paiement des cotisations.....	6
9. Garanties frais de santé	6
9.1 Définition des garanties.....	6
9.2 Ouverture du droit aux prestations.....	6
9.3 Modalités de règlement.....	7
9.4 Assiette	7
9.5 Limites.....	7
9.6 Risques exclus.....	7
9.7 Dispositions propres à certaines prestations.....	8
9.8 Tiers payant.....	11
10. Forclusion	11
11. Prescription	11
12. Subrogation et pluralité d'assurance	11
13. EMOA Assistance à domicile.....	11
14. PASS+ EMOA	12
15. Commission d'Action Mutualiste.....	12
16. Protection des données personnelles	12
17. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)	12
18. Réclamations et médiations.....	12
19. Association National de Prévoyance des Professions Indépendantes	13

1. Objet du règlement des garanties

Les dispositions du présent règlement des garanties déterminent les conditions dans lesquelles EMOA Mutuelle du Var couvre directement des risques « santé » au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, dans le cadre d'opérations individuelles, ainsi que les droits et obligations réciproques des parties au Contrat, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.114-1 du Code de la mutualité.

Des garanties peuvent également être proposées par EMOA Mutuelle du Var, agissant en tant qu'intermédiaire mutualiste, sur la base d'une convention d'assurance collective à adhésion obligatoire, en application de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, ou sur la base de contrats collectifs à adhésion facultative. Le cas échéant, le détail de ces garanties fait l'objet d'une information spécifique de l'adhérent.

2. Règlement applicable

Le Contrat est soumis à la législation française et notamment au Code de la mutualité.

EMOA Mutuelle du Var a fait le choix d'un contrat solidaire et responsable au sens des articles L.871-1 du Code de la sécurité sociale, à l'exception du niveau 1. Les niveaux supérieurs (Niveau 2, 3, 4 et 5) respectent le cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

Le contrat est « solidaire » en ce que l'affiliation des bénéficiaires n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.

Le contrat est « responsable » en ce qu'il respecte les limites d'exclusion ainsi que les obligations de prises en charge minimales et maximales définies dans les articles susvisés du Code de la sécurité sociale (à l'exception du niveau 1).

Le Contrat est par ailleurs éligible au dispositif de la Loi Madelin.

3. Adhésion

3.1 Formalités d'adhésion

L'adhésion à EMOA Mutuelle du Var résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. L'ensemble des bénéficiaires doit souscrire à la même garantie et au même niveau. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement.

3.2 Personnes couvertes par le contrat

Les bénéficiaires du contrat sont ceux désignés au bulletin d'adhésion, il peut s'agir :

- De l'adhérent, membre participant,
- Du conjoint du membre participant,
- Du concubin lié ou non par un PACS du membre participant,
- Des enfants à charge célibataires :
 - âges de plus de 18 ans, ayant la qualité d'ayant droit social affilié à un régime obligatoire et justifiant de la poursuite d'études (certificat de scolarité)
 - bénéficiant de la qualité d'ayant droit social du membre participant ou du conjoint inscrit sur le contrat,
 - bénéficiant de la Sécurité Sociale en tant qu'apprentis et ayant une rémunération inférieure à 55% du SMIC,
 - âgés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite des études et sont affiliés au régime obligatoire,
 - âgés de moins de 25 ans et atteints d'une infirmité titulaire de la carte d'invalidité et à la charge du membre participant ou du conjoint, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail rémunéré et vivant au foyer familial.

3.3 Pièces à fournir à l'adhésion

En complément du bulletin d'adhésion doivent obligatoirement être jointes les pièces suivantes :

- Copie de la carte nationale d'identité pour le membre participant
- Copie d'attestation du régime obligatoire datant de moins de 3 mois obligatoire pour chaque personne mentionnée au bulletin d'adhésion,
- Relevé d'identité bancaire ou postal pour le remboursement des prestations et le prélèvement automatique des cotisations,
- Certificat de radiation de la précédente mutuelle,
- Un mandat SEPA bancaire dans le cadre du prélèvement automatique,
- Chèque ou carte bancaire de règlement de la première cotisation, correspondant à la 1^{ère} échéance.

3.4 Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion du membre participant prend effet à la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par EMOA Mutuelle du Var de l'ensemble des pièces prévues à l'article 3.3 ci-avant.

L'adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1^{er} janvier. Toutefois, elle prend fin lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues à l'article 6 du présent règlement.

3.5 Ajustement de l'adhésion

Si une décision législative ou réglementaire, une évolution des résultats techniques ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des conditions de l'adhésion, la mutuelle se réserve la possibilité de les réviser. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à l'adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et/ou d'application immédiate.

En cas de révision suite à une évolution des résultats techniques, la révision ne prendra effet qu'au renouvellement du contrat.

4. Modification des garanties

4.1 Changement de niveau de garantie

L'adhérent peut solliciter un changement de niveau de garanties, à la hausse ou à la baisse :

- à partir de douze mois suivant la date d'adhésion au Contrat ;
- tous les douze mois suivant le dernier changement de niveau de garanties.

La modification des garanties donne lieu à la signature d'un avenant au bulletin d'adhésion.

Les nouvelles garanties et cotisations correspondantes prennent effet à la date indiquée à l'avenant au bulletin d'adhésion.

L'ensemble des bénéficiaires bénéficie du changement de niveau de garanties.

4.2 Modification des prestations à l'initiative d'EMOA Mutuelle du Var

Le montant des prestations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.114-10 et L.114-11 du Code de la mutualité. Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

5. Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf pour les soins effectués à une date antérieure à la date d'effet de la résiliation.

Quel que soit le motif de la résiliation, l'adhérent est tenu de restituer toutes cartes adhérents en sa possession si la date de fin de garantie mentionnée sur les cartes est postérieure à la date d'effet de la résiliation. En cas d'utilisation d'une carte postérieurement à la résiliation, EMOA Mutuelle du Var engagera une procédure de recouvrement des prestations indûment réglées, à l'encontre de l'adhérent.

6. Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit

L'adhésion au présent règlement est viagère. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions suivantes

6.1 Résiliation ou radiation d'un ayant droit à l'initiative de l'adhérent

• Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité relatif à la fourniture à distance d'opérations d'assurance, l'adhérent bénéficie d'un délai de 14 jours à compter de la réception des conditions contractuelles, pour exercer son droit de renonciation sans motif, ni pénalité. L'adhérent exerce cette faculté par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à EMOA Mutuelle du Var – 285 rue de la Cauquière – CS 60117 –

83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX.

La lettre de renonciation peut être rédigée ainsi :

« Je soussigné(e)... (nom et prénom), demeurant... (adresse), déclare renoncer au contrat de santé n° (n° inscrit sur le bulletin d'adhésion)... souscrit sur le site internet d'EMOA Mutuelle du Var le... (date inscrite sur le bulletin d'adhésion) + signature du membre participant. »

Le droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à la date de réception de la lettre recommandée. Le remboursement des primes versées met fin à l'ensemble des garanties.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à EMOA Mutuelle du Var si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

• Faculté de résiliation annuelle

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut démissionner et mettre fin aux garanties ou supprimer un de ses ayants droit en envoyant à la mutuelle, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la demande au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La date d'effet de la résiliation est alors le 31 décembre de l'année en cours.

La résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, les garanties souscrites restent dues par EMOA Mutuelle du Var jusqu'à cette date. Dans tous les cas, l'adhérent s'engage à restituer à la mutuelle les cartes adhérents en sa possession.

• Faculté de résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut résilier son adhésion, par courrier simple ou par courriel, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.

En cas de trop-perçu de cotisations, le solde sera remboursé par la mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation. Dans tous les cas, l'adhérent s'engage à restituer à la mutuelle les cartes adhérents en sa possession.

• Faculté de résiliation et demande de radiation d'un ayant droit exceptionnelles

Le Contrat peut être résilié, en cours d'année, à la demande de l'adhérent et sous réserve de la production des justificatifs correspondants, dans les conditions posées par l'article L.221-17 du Code de la mutualité et lorsque l'adhérent :

- perd le bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire français,

- se voit attribuer la Complémentaire Santé Solidaire (CSS),
- est contraint d'adhérer à un contrat collectif souscrit auprès d'un autre organisme,
- décède.

Par ailleurs, l'adhérent peut demander la radiation de son conjoint, concubin ou partenaire pacsé en cas de :

- divorce ou séparation,
- perte par ce dernier du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire français,
- attribution à ce dernier de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS),
- adhésion obligatoire de ce dernier à un contrat collectif souscrit auprès d'un autre organisme,
- décès de ce dernier.

En outre, l'adhérent peut demander la radiation d'un enfant en cas de :

- jugement d'émancipation ou perte de l'autorité parentale,
- mariage de l'enfant,
- décès de l'enfant,
- cessation d'une des conditions visées à l'article 3.2. pour bénéficier de la couverture de la Mutuelle.

La résiliation du Contrat ou la radiation de l'ayant droit prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois suivant l'évènement, sauf en cas de décès. Dans ce dernier cas, la résiliation du Contrat ou la radiation de l'ayant droit prend effet le lendemain du décès.

EMOA Mutuelle du Var rembourse alors la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation ou radiation de l'ayant droit.

6.2 Résiliation ou radiation à l'initiative d'EMOA Mutuelle du Var

- Contrat peut aussi être résilié en cours d'année par EMOA Mutuelle du Var ou celle-ci décider de la radiation d'un ayant droit :
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 8-3 et 8-4 du présent règlement, non régularisé malgré l'envoi d'une mise en demeure, conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité ;
- en cas de fausse déclaration ou réticence intentionnelle et/ou exclusion visée à l'article 8 du présent règlement ;
- en cas de déclaration inexacte ou omission non intentionnelle, conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité ;
- dans les cas listés ci-dessus, à l'article 7.1. du présent règlement, au paragraphe liée à la faculté de résiliation et à la demande de radiation d'un ayant droit exceptionnelles.
- Les cotisations versées ne donnent droit à remboursement que dans les deux dernières séries de cas visées, pour la seule période postérieure à la résiliation ou radiation de l'ayant droit.
- Pour permettre notamment l'exercice par EMOA Mutuelle du Var de son droit de résiliation ou radiation (et éventuellement l'adaptation des cotisations), doivent lui être signalés et justifiés, dans les trois mois qui suivent l'évènement, les changements suivants survenant dans la situation de l'adhérent ou de ses ayants droit :
 - changement de situation personnelle ou familiale (notamment perte du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire français, ouverture du droit à la CSS, adhésion obligatoire à un contrat collectif souscrit auprès d'un autre organisme, décès, mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, séparation, jugement d'émancipation ou perte de l'autorité parentale, nouvelle adresse, nouveau numéro de téléphone...),
 - changement de situation scolaire, professionnelle ou départ à la retraite.

7. Fausse déclaration ou réticence intentionnelle, nullité et exclusion

En application de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées par EMOA Mutuelle du Var sont nulles et de nul effet en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par a été sans influence sur la réalisation du risque.

Le cas échéant, EMOA Mutuelle du Var peut procéder à l'exclusion immédiate et exiger le remboursement des prestations indument perçues.

Peut aussi être exclu d'EMOA Mutuelle du Var l'adhérent ou l'ayant droit qui aurait volontairement, par son comportement ou ses actes, porté atteinte aux intérêts d'EMOA Mutuelle du Var, dans les conditions prévues à l'article 12 des statuts.

En cas d'exclusion, les cotisations acquittées demeurent acquises à la mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

8. Cotisations

8.1 Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées pour l'année civile mais peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée générale d'EMOA Mutuelle du Var ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Les cotisations modifiées s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

En cas d'affiliation d'au moins trois enfants à charge à la Mutuelle en qualité d'ayant droit, le troisième enfant et les suivants sont affiliés sans contrepartie de cotisation, tant qu'ils répondent à la définition des enfants à charge telle que mentionnée à l'article 3.2 du présent règlement.

8.2 Structure et calcul des cotisations

Les cotisations sont calculées pour chaque bénéficiaire de la garantie. Elles peuvent varier en fonction :

- du régime obligatoire d'affiliation,
- du nombre et de l'âge des adhérents ou ayants droit, calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance,
- des niveaux de garanties et module confort,
- du lieu de résidence.

La cotisation varie avec l'âge, à partir de 18 ans au 1er janvier de chaque année.

La cotisation intègre toutes les taxes et contributions qu'EMOA Mutuelle du Var doit acquitter et qui sont en vigueur au moment de l'appel de cotisation. Les coûts relatifs aux garanties « EMOA assistance à domicile » (article 15) et « PASS+EMOA » (article 16) sont inclus dans le montant de la cotisation appelée.

Un droit d'adhésion ou des frais de dossier ou de gestion peuvent, en outre, être demandés par EMOA Mutuelle du Var, s'ils sont prévus sur le bulletin d'adhésion.

8.3 Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est dû pour l'année civile.

L'adhérent s'engage au paiement des cotisations fixées en contrepartie des garanties souscrites, pour lui et ses ayants droit.

La cotisation est annuelle et payable d'avance, sauf fractionnement prévu au bulletin d'adhésion.

Les cotisations peuvent être payées au choix, par prélèvement automatique, chèque ou carte bancaire.

Le paiement de la cotisation doit toujours être effectué aux échéances fixées au bulletin d'adhésion. Il appartient à l'adhérent de s'en assurer.

L'adhérent devra transmettre à EMOA Mutuelle du Var un mandat SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal au format IBAN. EMOA Mutuelle du Var prélèvera la cotisation incombant au membre participant selon la périodicité et la date de prélèvement choisies sur le bulletin d'adhésion.

En cas de deux rejets de prélèvements automatiques consécutifs pour le motif « provision insuffisante », EMOA Mutuelle du Var supprime le prélèvement jusqu'à la fin de l'année et est susceptible d'ouvrir une procédure contentieuse. La cotisation doit alors être réglée à l'échéance ou selon la périodicité décidée par EMOA Mutuelle du Var. Des frais de rejet peuvent être imputés à l'adhérent par EMOA Mutuelle du Var dans la limite de 5 € par rejet. Lorsque le prélèvement est rejeté une première fois pour d'autres motifs que la provision insuffisante, le prélèvement est également suspendu et la cotisation est appelée au trimestre le temps que l'adhérent rétablisse sa situation (ordre donné à sa banque de lever l'opposition, envoi de nouvelles coordonnées bancaires).

L'adhérent réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant revenir sur cette modalité au profit d'un autre moyen de paiement devra en faire la demande par écrit.

• En cas de choix du paiement par chèque

Le chèque doit parvenir à la Mutuelle à temps pour permettre un encaissement à l'échéance prévue.

• En cas de choix du paiement par carte bancaire

Le paiement par carte bancaire est possible, dans les agences d'EMOA Mutuelle du Var ou par Internet.

8.4 Non-paiement des cotisations

L'absence de règlement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie, et éventuellement sa résiliation, conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité. En cas de non-paiement de la cotisation, EMOA Mutuelle du Var peut prévoir des majorations de retard fixées par le Conseil d'administration, nonobstant les frais de rejet évoqués ci-avant.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, EMOA Mutuelle du Var exige le remboursement des prestations versées au cours de la période de garantie correspondant aux cotisations impayées avant (ou après, en cas d'utilisation frauduleuse d'une carte adhérent) la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations, sur le fondement de l'enrichissement sans cause.

9. Garanties frais de santé

9.1 Définition des garanties

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité d'assurer au membre participant, et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Il peut s'agir de prestations forfaitaires espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par le régime obligatoire. Ces prestations sont précisées pour chacune des garanties joint au bulletin d'adhésion ou en annexe au présent règlement.

9.2 Ouverture du droit aux prestations

Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par EMOA Mutuelle du Var est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire. Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements engagés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations ne sont pas remboursés par la mutuelle.

9.3 Modalités de règlement

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou celui de ses ayants droit. Dans le cadre des accords de dispense d'avance de frais (tiers payant), ce règlement s'effectuera soit sur le compte du professionnel de santé ou de celui de l'organisme qu'il aura mandaté.

Dans le cadre de relations directes avec les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie, ce règlement s'effectuera sur le compte desdits organismes. Le règlement des prestations s'effectue :

- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :
 - Les décomptes originaux, délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie (sauf si ceux-ci indiquent que le double a été transmis automatiquement à la Mutuelle ou à un autre organisme assureur).
 - Les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, ou par les praticiens.
 - Les originaux des avis de sommes à payer émis par les hôpitaux, obligatoirement accompagnés des attestations de paiement.
 - Les originaux des factures acquittées accompagnés du bulletin de situation émis par les cliniques.
 - Les originaux des attestations de cure et factures l'hébergement.
 - Les photocopies des notifications du régime obligatoire d'assurance maladie concernant les refus de prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés.
 - Les originaux des factures pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.
- soit par réception de fichiers informatisés

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date des soins, prise en considération pour le remboursement des prestations par EMOA Mutuelle du Var, est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie. Pour les actes non remboursés par les régimes obligatoires, la date prise en compte est la date de la facture. Les originaux des factures acquittées ou de relevés de dépenses engagées par l'assuré ainsi que de toute pièce justificative des dépenses réelles et tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier doivent être datés, signés et porter mention des noms, prénoms de l'adhérent ou du bénéficiaire des soins.

9.4 Assiette

Les remboursements sont basés sur la valeur des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur, déduction faite du remboursement du régime obligatoire et des éventuels remboursements d'autres organismes complémentaires, le cas échéant.

EMOA Mutuelle du Var complète les remboursements ou verse les forfaits dans les proportions prévues au tableau des garanties.

L'indemnisation des soins, actes ou autres événements garantis ayant lieu à l'étranger est subordonnée au remboursement des prestations par le régime obligatoire français.

9.5 Limites

Toutes les prestations sont limitées aux frais réels engagés, tous organismes de couverture complémentaire intervenant confondus, et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers, par EMOA Mutuelle du Var.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Le bénéficiaire doit faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au contrat.

Le montant, la durée ou la fréquence des actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties, comme prévu dans les descriptifs figurant au tableau des garanties.

9.6 Risques exclus

Sont exclus de l'ensemble des garanties principales « frais de santé » :

- les séjours en MAS, IME, ITEP, maisons de retraite, y compris hébergement temporaire et placement à l'année, les longs séjours, ainsi que les soins reçus sans prescription médicale, sauf disposition contraire mentionnée au présent règlement ou tableau des garanties,
- les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ou à la classification commune des actes médicaux, sauf disposition contraire mentionnée au présent règlement ou tableau des garanties,
- les soins esthétiques, la thalassothérapie,

En outre, le contrat ayant la qualité de « Contrat responsable », il ne prendra jamais en charge :

- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales annuelles qui restent à la charge des assurés sociaux, conformément aux termes de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné.

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le régime obligatoire, ne sont pas garantis tous les soins, actes et autres événements normalement garantis mais découlant d'un cas de force majeure.

Le fait qu'EMOA Mutuelle du Var ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions et obtenir le remboursement du paiement indu.

9.7 Dispositions propres à certaines prestations

Vous trouverez ci-après les modalités d'application proposées propres à certaines garanties évoquées dans le tableau des garanties.

Les montants de garanties dépendent du niveau souscrit par l'adhérent

• La participation forfaitaire :

Ce Contrat prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros que le Régime obligatoire peut laisser à la charge du Participant ou des Bénéficiaires du Contrat si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

Ce contrat prend en charge la participation forfaitaire que le Régime obligatoire peut laisser à la charge du Participant ou des bénéficiaires du contrat si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

EN CAS D'HOSPITALISATION

• Hospitalisation en Secteur conventionné ou non conventionné :

Cette garantie couvre l'ensemble des frais de séjours, honoraires médicaux et chirurgicaux restant à la charge du bénéficiaire après remboursement du régime obligatoire, en cas d'Hospitalisation.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et effectués dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties.

Attention : le taux de remboursement des dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux varie selon que le médecin est adhérent ou non à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO (l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

• Forfait hospitalier

Cette garantie couvre le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation.

Le montant de ce forfait est règlementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage des frais réellement engagés et effectués dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties.

• Chambre particulière

Les frais de chambre particulière sont remboursés dans la limite du nombre de jour d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et en fonction des plafonds prévus pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant dans le tableau des garanties joint au bulletin d'adhésion. Les suppléments pour chambre particulière facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas au minimum une nuit, ne seront pas pris en charge par EMOA Mutuelle du Var hors conventions spécifiques.

• Frais d'accompagnant

Sont pris en charge les factures de lit accompagnant et repas servis à l'hôpital, en clinique ou au sein des établissements d'accueil pour familles de malades (maisons des parents, maisons d'accueils inscrites dans la liste établie par la F.N.E.A.F.H). La nature des séjours ouvrant droits au bénéfice d'accompagnants est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant dans le tableau des garanties joint au bulletin d'adhésion.

SOINS COURANTS

• Consultations, visites généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et analyses (y compris en soins externes en milieu hospitalier)

Sont pris en charge au titre de cette garantie (y compris lorsqu'ils sont effectués en soins externes) :

- les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes) ;
- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/podologues, et kinésithérapeutes ;
- les frais d'actes techniques médicaux ;
- les frais d'analyses ;
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'examens, d'imagerie médicale.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

Attention le taux de remboursement des dépassements d'honoraires médicaux varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO (l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

Sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors Parcours de soins coordonnés » : le contrat ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux Contrats responsables.

Pharmacie remboursée par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de médicament restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par le Régime obligatoire. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Appareillage

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais suivants :

- Appareillage orthopédique,
- Prothèse non dentaire.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Sont également pris en charge les frais de petits et gros appareillages ayant donné lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

Transport remboursé par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par un médecin et ayant donné lieu à un remboursement par le Régime obligatoire. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

AUDIOPROTHESES

Sont pris en charge au titre de la garantie :

- les équipements de Classe I et II
- les piles et accessoires associés à l'équipement auditif

Pour pouvoir être pris en charge, ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

DENTAIRES

• Soins dentaires conventionnés

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien- dentiste,
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits «conservateurs» et les soins chirurgicaux,
- les frais d'inlays-onlays.

Pour pouvoir être pris en charge, ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale et le chirurgien-dentiste doit être conventionné. Le montant de prise en charge est exprimé en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite exprimée au sein du tableau des garanties. Le montant, la durée ou la fréquence d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties dans les descriptifs au tableau des garanties.

• Orthodontie et prothèses dentaires remboursées ou non par le régime obligatoire

- Si orthodontie acceptée par le régime obligatoire d'assurance maladie : Le paiement des forfaits pour les soins d'orthodontie s'effectue à la date des soins prise en compte par le régime obligatoire d'assurance maladie qui est la date de facturation de fin de semestre
- Si orthodontie refusée par le régime obligatoire d'assurance maladie : Le paiement des forfaits pour les soins d'orthodontie s'effectue à la date de facturation de fin de semestre sur présentation d'une facture originale acquittée précisant la date de début et de fin de semestre.
- Si la télétransmission entre EMOA Mutuelle du Var et le régime obligatoire fonctionne, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée.
- Si la télétransmission entre EMOA Mutuelle du Var et le régime obligatoire ne fonctionne pas, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée et le décompte du régime obligatoire d'assurance maladie.
- Prothèses, implants, couronnes et parodontologie non pris en charge par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de certaines dépenses selon les garanties souscrites.

OPTIQUE

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge au titre du contrat.

• Monture et verres remboursés par la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais de monture optique et de verres simples ou complexes, multifocaux ou progressifs remboursés par la Sécurité sociale. Cette garantie s'entend des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture, à raison d'une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier équipement sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue auquel cas, la prise en charge s'effectue par période d'un an.

A noter : Conformément aux dispositions sur le « Contrat responsable » et au tableau des garanties, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique fait l'objet d'une limitation et le montant global de prise en charge varie en fonction du niveau de correction du bénéficiaire et de la complexité des verres.

• Lentilles jetables ou non, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale

En fonction du niveau souscrit, sont pris en charge dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites, jetables ou non, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale.

Cette garantie est exprimée au tableau des garanties sous la forme d'un montant maximum de prise en charge valable par Année d'affiliation et par bénéficiaire.

Bien-être et Médecine douce

• Vaccins non remboursés par le régime obligatoire de la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion par bénéficiaire, les frais suivants :

- Vaccins médicalement prescrites et non pris en charge par le Régime obligatoire.

• Arrêt tabac sur prescription médicale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion et par bénéficiaire, les frais de sevrage tabagique suivants :

- Gommages à mâcher et/ou patchs médicalement prescrites et pris en charge par le Régime obligatoire.

• Homéopathie – veinotonique

Sont pris en charge, tels qu'exprimés au tableau des garanties, les frais d'homéopathie et de veinotonique.

La prise en charge au titre de cette garantie est limitée au montant indiqué au tableau des garanties.

• Automédication

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion, les médicaments non pris en charge par le Régime obligatoire et, sous réserve de faire l'objet d'une prescription médicale, les produits de parapharmacie.

La prise en charge est conditionnée à la présentation de l'original de la facture acquittée présentant le détail des médicaments achetés

• Cure thermale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, les frais de cure thermale remboursée par le Régime obligatoire. Le montant exprimé dans le tableau des garanties est valable par bénéficiaire et par année d'adhésion.

• Consultations

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties et dans la limite de quatre consultations par année d'adhésion et par bénéficiaire, les consultations suivantes et sous réserve de fournir une facture acquittée nominative mentionnant le numéro RPPS, ADELI ou FINESS du praticien : Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien, nutritionniste, naturopathe, psychologue, psychothérapeute, sophrologue, podologue, pédicure, psychomotricien, graphothérapeute, étio-pathe, tabacologue, micro kinésiste, ergothérapeute, cryothérapie, aromathérapie, ayurveda, chromothérapie, craniothérapie, faciathérapie, hypnothérapie, kinésiologie, médecine traditionnelle chinoise, médecine quantique, méthode tomatis, oligothérapie, phytothérapie, réflexologie plantaire, shiatsu, yoga iyenar.

Allocation et forfait obsèques (garantie optionnelle)

L'allocation obsèques, si souscrite, est versée en cas de décès d'un bénéficiaire à jour de ses cotisations. Le paiement se fait sur présentation des justificatifs à un seul et unique tiers dans la limite des frais d'obsèques engagés.

Le renfort obsèques ne peut être souscrit que si l'allocation obsèques a également été souscrite. Le montant du renfort est lié au choix du montant de l'allocation : le renfort obsèques est liée au choix de l'allocation obsèques de 300€ et le renfort obsèques de 3 000€ est liée au choix de l'allocation obsèques de 500€. Il est versé en cas de décès d'un bénéficiaire à jour de ses cotisations. Le capital garanti par le renfort obsèques est payé en priorité au conjoint du bénéficiaire non séparé de corps, à défaut à ses enfants par parts égales, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut aux ayants droit dans l'ordre successoral.

En cas de succession, le règlement des prestations ne peut se faire qu'au Notaire en charge de la succession.

En cas de décès dans les 12 mois suivant la date d'effet du renfort obsèques, le capital garanti est limité à la cotisation santé acquittée au cours des douze derniers mois. Aucune prestation n'est versée si le défunt est âgé de moins de 12 ans, s'il est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

EMOA Mutuelle du Var se réserve le droit de réclamer tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier.

Chaque année, l'Assemblée générale vote la reconduction, la suppression ou la modification de l'allocation obsèques.

• Principe indemnitaire

Lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, ces garanties produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, la personne ayant exposé les frais d'obsèques peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le montant de l'allocation versé par EMOA Mutuelle du Var ne peut excéder le montant des frais restant à la charge de la personne ayant exposé les frais d'obsèques après les remboursements de toute nature auxquels elle a droit.

9.8 Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, les adhérents peuvent être dispensés de l'avance des frais engagés par le membre participant ou le cas échéant par ses ayants droit, sur présentation de leur carte adhérent, dès lors qu'une convention de tiers payant a été signée par EMOA Mutuelle du Var avec les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les fournisseurs de matériels médicaux.

Cette dispense est limitée au niveau de couverture de la garantie souscrite et à la fraction de dépense imputable à l'assurance maladie complémentaire.

Toute prestation indûment réglée fera l'objet d'une demande de remboursement auprès de l'adhérent concerné. A défaut de régularisation, EMOA Mutuelle du Var engagera à son encontre une procédure contentieuse de recouvrement.

En cas d'hospitalisation, la dispense d'avance de frais ne s'applique pas aux dépenses supplémentaires, ainsi qu'aux dépassements d'honoraires. Pour bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit solliciter auprès de EMOA Mutuelle du Var une demande de prise en charge pour l'ensemble des établissements, à l'exclusion de ceux ayant conclu une convention avec EMOA Mutuelle du Var.

10. Forclusion

Dans le prolongement de l'article L.332-1 du Code de la Sécurité sociale, pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à EMOA Mutuelle du Var dans un délai de deux ans à compter de la date des soins, actes ou autres événements garantis

11. Prescription

Toute action dérivant du présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, qu'à compter du jour où EMOA Mutuelle du Var en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,
- en cas de réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées, qu'à compter du jour du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations,
- lorsque l'ayant droit est mineur ou placé sous un régime de protection légale, qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique,
- lorsque l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit a pour cause le recours d'un tiers, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre lui ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires définies par les articles 2240 et suivants du Code civil.

La prescription est également interrompue, conformément aux termes de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, en cas de :

- désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Mutuelle à l'assuré, en ce qui concerne le paiement des cotisations ; par l'assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations),

12. Subrogation et pluralité d'assurance

EMOA Mutuelle du Var est subrogée de plein droit aux adhérents ou à leurs ayants droit victimes d'un accident, dans droits et actions contre les tiers responsables, que la responsabilité des tiers soit entière ou partagée.

Sont concernés tous les accidents, de droit commun, du travail, sportif, scolaire, ou de vie privée.

Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses engagées par EMOA Mutuelle du Var, à concurrence de la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

A cet effet, l'adhérent ou l'ayant droit ou leur mandataire doit adresser, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du ou des tiers en cause, les coordonnées de sa ou leur compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant, à un constat.

L'adhérent ou l'ayant droit ou leur mandataire doit également informer EMOA Mutuelle du Var de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. EMOA Mutuelle du Var peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

13. EMOA Assistance à domicile

Tous les bénéficiaires de la garantie frais de santé Ma Ville Ma Santé bénéficient automatiquement d'une garantie supplémentaire assistance à domicile souscrite par la mutuelle via un contrat collectif auprès de INTER MUTUELLES ASSISTANCE. Les prestations correspondantes sont définies dans la notice technique d'assistance remise à l'adhésion et disponible sur demande.

Les garanties mentionnées dans la notice technique d'assistance sont données à titre indicatif et ne sauraient engager EMOA Mutuelle du Var quant aux modalités de leur exécution par l'assureur : IMA ASSURANCES – Entreprise d'assurance française régie par le code des assurances – SA d'assurance au capital de 7 000 000 euros, immatriculée sous le numéro 481.511.632 RCS Niort, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – 79 000 Niort

14. PASS+ EMOA

Tous les adhérents de moins de 71 ans à la date de l'adhésion et tous les ayants droit bénéficient automatiquement de cette garantie supplémentaire, souscrite sous la forme d'un contrat collectif par la Mutuelle auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS et couvrant, en cas d'accident, en France ou à l'étranger, leurs activités sportives, de loisirs, voyages ou de la vie courante. Les prestations correspondantes sont définies dans la notice d'information remise à l'adhésion et disponible sur demande.

Les garanties mentionnées dans la notice technique d'assistance sont données à titre indicatif et ne sauraient engager EMOA Mutuelle du Var quant aux modalités de leur exécution par les assureurs :

- La MUTUELLE DES SPORTIFS, Mutuelle soumise au livre II du code de la mutualité et immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 422 801 910 - Siège social : 2/4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16.
- MUTUAIDE ASSISTANCE, Entreprise régie par le code des assurances au capital de 4 590 000€. Siège social : 8/14, avenue des frères Lumière – 94366 Brie Sur Marne Cedex.

15. Commission d'Action Mutualiste

L'adhésion au présent règlement offre aux membres participants la possibilité de bénéficier du fonds social de EMOA Mutuelle du Var, sous réserve d'être titulaire d'un contrat santé depuis plus de trois ans. Les membres participants peuvent demander une aide financière exceptionnelle, une seule fois, à la Commission d'Action Mutualiste de EMOA Mutuelle du Var :

- soit pour une prestation non prise en charge, sur présentation de la facture,
- soit dans le cas où ils se trouvent dans des conditions sociales difficiles. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

16. Protection des données personnelles

Les informations recueillies dans le cadre du présent règlement sont traitées dans des conditions conformes à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et libertés et explicitées à l'article 60 des statuts.

L'adhérent et ses ayants droit peuvent notamment s'opposer à ce que leurs coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures à des fins de prospections commerciales, en adressant à EMOA Mutuelle du Var un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

EMOA Mutuelle du Var, en tant que responsable de traitement, pourra être amenée à collecter des données personnelles dans le cadre de l'exécution des contrats de complémentaire santé, d'assurance de biens ou de personnes, ainsi que dans le cadre de l'établissement d'une proposition tarifaire d'un contrat de Complémentaire santé, prévoyance, retraite, IARD ou assurance vie. Les données personnelles sont confiées aux collaborateurs, partenaires ou sous-traitants de la mutuelle dûment habilités à les gérer, et ceci uniquement dans le cadre nécessaire à la bonne gestion des contrats et prestations.

Les données sont conservées pendant une durée en adéquation avec les différentes contraintes réglementaires s'appliquant à la mutuelle. Dans le cadre de l'exercice de ses traitements, EMOA Mutuelle du Var peut être amenée à confier des données à des sous-traitants en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, la mutuelle veille à ce que les données soient soumises à un niveau de sécurité et de protection adéquats.

Les adhérents sont à tout moment en mesure de demander à exercer un droit d'accès, de modification, d'opposition et votre droit à l'oubli, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données. Pour cela, il est nécessaire d'adresser un mail au Délégué à la Protection des Données personnelles de la mutuelle, à l'adresse suivante : rgpd@mutuelle-emoa.fr

Il est rappelé la possibilité de s'inscrire gratuitement à une liste d'opposition au démarchage téléphonique (BLOCTEL) via le site bloctel.gouv.fr. L'inscription sur cette liste n'interdit pas EMOA Mutuelle du Var ou les organismes assureurs de joindre les adhérents inscrits dans le cadre des relations contractuelles existantes.

17. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

Conformément au Code de la mutualité, EMOA Mutuelle du Var est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR - 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

18. Réclamations et médiations

Pour tout litige concernant l'application ou l'interprétation du présent règlement, l'adhérent et ses ayants droit peuvent adresser leur réclamation au service relations adhérents au siège administratif d'EMOA Mutuelle du Var :

EMOA Mutuelle du Var
Service relations adhérents – 285, rue de la Cauquière – CS 60117
83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou de difficulté non résolue par le service relations adhérents, la partie la plus diligente peut demander l'avis du médiateur en lui transmettant le dossier accompagné des éléments indispensables à son examen à l'adresse suivante :

Médiateur de la FNIM
4 avenue de l'Opéra
75001 PARIS
<https://www.fnim.fr/Saisir-le-Mediateur>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation de la FNIM disponible sur le site internet susvisé.

19. Association National de Prévoyance des Professions Indépendantes

Tout adhérent à une garantie frais de santé, ayant le statut de travailleur non salarié indépendant ou de profession libérale, et souhaitant bénéficier de la Loi Madelin, adhère à :

L'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI) – 125, Avenue de Paris 92327 CHATILLON CEDEX

Siège administratif :
285, rue de la Cauquière - CS 60117
83184 Six-Fours-Les-Plages CEDEX



www.mutuelle-emoa.fr

emoa.
Mutuelle du Var

