

NOTICE D'INFORMATION

ÉDITION JANVIER 2024



**PAVILLON
PRÉVOYANCE**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin



GROUPE
PAVILLON PRÉVOYANCE

Notice d'information du contrat Frais de santé passé entre :

L'ASSOCIATION ACTIONM

8 avenue Roger Lapébie – ZI Chanteloiseau – 33140 VILLENAVE D'ORNON ci-après dénommée « le SOUSCRIPTEUR » et La Mutuelle Solidarité d'Aquitaine,

SIREN N°781 848 221, Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, substituée par : **PAVILLON**

PRÉVOYANCE SIREN n°442 978 086, Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II **Sises 90 avenue Thiers 33072 Bordeaux Cedex,**

Ci-après dénommée «la Mutuelle»

SOMMAIRE

<i>Chapitre 1 : Objet, date d'effet, durée et résiliation du contrat collectif</i>	3
ARTICLE 1 : Objet du contrat et de la Notice d'information	3
ARTICLE 2 : Prise d'effet et durée du contrat collectif	3
ARTICLE 3 : Résiliation du contrat collectif	3
ARTICLE 4 : Sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation	3
<i>Chapitre 2 : Prise d'effet, renonciation, modification et cessation de la garantie de l'adhérent</i>	3
ARTICLE 5 : Prise d'effet de la garantie	
ARTICLE 6 : Renonciation	3
ARTICLE 7 : Délai de carence	4
ARTICLE 8 : Modification de la garantie à l'initiative de la Mutuelle	4
ARTICLE 9 : Cessation de la garantie	5
<i>Chapitre 3 : Garantie frais de santé</i>	5
ARTICLE 10 : Risques couverts	5
ARTICLE 11 : Exclusions et déchéance de garantie	6
ARTICLE 12 : Prestations	6
ARTICLE 13 : Formalités de règlement des prestations	7
ARTICLE 14 : Tiers payant	7
ARTICLE 15 : Prescription	
ARTICLE 16 : Soins réalisés à l'étranger et Soins réalisés par les adhérents relevant de la Caisse des Français à l'étranger	7
<i>Chapitre 4 : Cotisations</i>	8
ARTICLE 17 : Fixation et évolution des cotisations	8
ARTICLE 18 : Paiement des cotisations	8
ARTICLE 19 : Défaut de paiement	8
<i>Chapitre 5 : Déclaration de changement de situation, fausse déclaration, subrogation et contrôle médical</i>	9
ARTICLE 20 : Déclaration de changement de situation et fausse déclaration	9
ARTICLE 21 : Subrogation	9
ARTICLE 22 : Contrôle médical	10
<i>Chapitre 6 : Information des adhérents</i>	10
ARTICLE 23 : La notice d'information	10
ARTICLE 24 : Les statuts et règlements	10
<i>Chapitre 7 : Action sociale</i>	10
ARTICLE 25 : Commission d'aide sociale	10
<i>Chapitre 8 : Médiation mutualiste et traitement des réclamations</i>	10
ARTICLE 26 : Traitement des réclamations et médiation	10
<i>Chapitre 9 : Informations légales</i>	11
ARTICLE 27 : Protection des données à caractère personnel	11
ARTICLE 28 : Convention de substitution	11
<i>Chapitre 10 : Descriptif des garanties frais de santé</i>	11
ARTICLE 29 : Bénéficiaires de la garantie	11
ARTICLE 30 : Ayants droit	12
ARTICLE 31 : Descriptif des prestations	12

PAVILLON PREVOYANCE est une Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro Siren 442 978 086.

Chapitre 1

OBJET, DATE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 : Objet du contrat et de la Notice d'information

Les dispositions du contrat et de la présente Notice d'information déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties frais de santé, dans un cadre collectif facultatif, au profit des membres participants (dits adhérents) de la personne morale souscriptrice (dite souscripteur), définies dans le respect des dispositions prévues par l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Article 2 : Prise d'effet et durée du contrat collectif

Le contrat a pris effet le 1^{er} juillet 2014. **Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année, pour une durée d'un an renouvelable.**

Article 3 : Résiliation du contrat collectif

Le contrat prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux du souscripteur, si elle est signifiée à la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance. Au-delà de douze mois d'adhésion, le souscripteur peut résilier à tout moment, sans frais ni pénalités.. La résiliation du contrat prendra effet un mois après la réception par Pavillon Prévoyance de la notification de résiliation du souscripteur.

Article 4 : Sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation

Le souscripteur tiendra informée la Mutuelle dès l'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

Chapitre 2

PRISE D'EFFET, MODIFICATION ET CESSATION DE LA GARANTIE DE L'ADHÉRENT

Article 5 : Prise d'effet de la garantie

La garantie prend effet au plus tôt à la date de réception par la Mutuelle du dossier d'adhésion complet ou à une date ultérieure indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date des soins est postérieure à la date d'effet de l'affiliation de l'adhérent et à la date de signature du bulletin d'affiliation, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

L'adhérent a la possibilité de changer de garantie tous les ans (à la hausse ou à la baisse). Le changement de garantie prend effet au 1^{er} janvier qui suit l'année de la demande de changement de garantie.

Article 6 : Renonciation au contrat

- Adhésion en ligne

En cas d'adhésion à distance (par téléphone ou *via* internet notamment), conformément aux articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité, l'adhérent peut bénéficier d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires à compter de la date de son adhésion ou de la réception de son dossier d'adhésion, si elle est postérieure à la date d'adhésion.

En cas de renonciation durant le délai de 14 jours susmentionné :

- l'adhésion prend fin à compter de la date de réception de la lettre recommandée ;

- la fraction de cotisation postérieure à la radiation est restituée sous trente jours, sous déduction des éventuelles prestations déjà versées.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante « Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ».

Elle peut être faite selon le modèle ci-après : « Je soussigné (NOM, Prénom et adresse), déclare renoncer, conformément à l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité, à l'adhésion au contrat d'assurance santé n° que j'ai signé le .././., et vous prie de bien vouloir procéder au remboursement des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre. Pour ma part, je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. Je reconnais également être informé que mes garanties cessent à compter de la réception de la présente par la Mutuelle » Date et signature ».

- o Démarchage à domicile

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la consommation, si l'adhérent a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou sur son lieu de travail, il peut bénéficier d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion du contrat.

En cas de renonciation durant le délai de 14 jours susmentionné :

- l'adhésion prend fin au lendemain à 0 heure de la date d'envoi de votre lettre de renonciation ;
- les cotisations encaissées sont restituées sous trente jours, sous déduction des éventuelles prestations déjà versées.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante « Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ».

Elle peut être faite selon le modèle ci-après : « Je soussigné (NOM, Prénom et adresse), déclare renoncer, conformément à l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité, à l'adhésion au contrat d'assurance santé n° que j'ai signé le .././., et vous prie de bien vouloir procéder au remboursement des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre. Pour ma part, je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. Je reconnais également être informé que mes garanties cessent à compter de la réception de la présente par la Mutuelle » Date et signature ».

Article 7 : Délai de carence

À l'expiration de la période appelée délai de carence, délai avant le versement des prestations objet de la garantie, l'adhérent et ses ayants droit peuvent bénéficier des prestations accordées par PAVILLON PRÉVOYANCE.

L'adhérent et ses ayants droit ne bénéficient des avantages de PAVILLON PRÉVOYANCE qu'après avoir payé leurs cotisations et respecté un délai de carence fixé à 6 mois pour le forfait relatif à la garantie hospitalisation en chambre particulière avec nuitée.

Sont dispensés de ce délai de carence :

- o L'adhérent et/ou ses ayants droit qui peuvent produire au moment de la signature du bulletin d'adhésion un certificat de radiation en provenance d'un autre organisme faisant apparaître une garantie équivalente et dans la mesure où l'adhésion intervient dans un délai de deux mois après la radiation,

Dans tous les cas de dispense de délai de carence :

- o **Les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne sont pas pris en charge.**

Article 8 : Modification de la garantie à l'initiative de la Mutuelle

Toute modification du contrat est constatée par un avenant signé des parties.

Dans ce cas, le souscripteur est tenu de remettre aux adhérents une notice comportant les modifications apportées à la garantie.

Article 9 : Cessation de la garantie

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de la garantie de l'adhérent.

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date est antérieure à la date d'effet de la résiliation seront pris en charge.

L'adhésion de l'adhérent prend fin en cas de demande de résiliation de ce dernier, signifiée à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : Pavillon Prévoyance, Service résiliation, 90 avenue Thiers, CS 21004, 33072 BORDEAUX Cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : resiliation@pavillon-prevoyance.fr :

- Soit au plus tard le 31 octobre de l'année N pour prendre effet le 31 décembre de la même année à minuit
- Soit à tout moment à compter du douzième (12ème) mois d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.
- Soit en cas de modifications des droits et obligations des adhérents, dans un délai d'un mois à compter de la remise, par le souscripteur, de la notice comportant des modifications. Dans ce cas, la radiation de l'adhérent ne prend effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.
- Soit lors de la mise en place par l'employeur de l'adhérent d'un contrat collectif à adhésion obligatoire. La résiliation prend effet à la fin du mois de réception de la demande, sur présentation d'une attestation de l'employeur justifiant du caractère obligatoire du contrat collectif.

Chapitre 3

GARANTIE SOINS COURANTS

Article 10 : Risques couverts

La garantie complémentaire santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit inscrits sur le bulletin d'affiliation, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le total des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire et la Mutuelle ne peut excéder les frais engagés.

Article 11 : Exclusions et déchéance de garantie

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle

- **Les interventions, hospitalisations, soins résultant, de la part du bénéficiaire de la garantie :**
 - **d'un fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;**
 - **de l'état d'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route ou de délire alcoolique, de l'utilisation de drogues, stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;**
 - **de la participation à une rixe sauf en cas de légitime défense ;**
 - **de paris,**
 - **de la détention ou manipulation consciente d'engins de guerre ;**
 - **de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires, de grèves ou de lock-out, de cataclysmes, d'explosions liées à la technologie nucléaire ;**
 - **de sport professionnel et de sport amateur pour lesquels une assurance spécifique est obligatoire.**

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge du contrat responsable définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Voir article 29.12 (Prestations contrat responsable et solidaire) de la présente notice.

- **L'achat de véhicules pour personnes handicapées physiques (fauteuils roulants).**

L'adhérent ou l'ayant droit est déchu de tout droit à prestation s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la Mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausse déclaration d'hospitalisation par exemple). La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux. Les prestations déjà versées par la Mutuelle et se révélant infondées au visa de la présente clause, seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Le contrat ne prend pas en charge :

- En cas de non-respect du parcours de soins, absence de médecin traitant, refus de présentation du dossier médical personnel :
 - la majoration du ticket modérateur liée aux actes et consultations ;
 - la franchise liée aux dépassements d'honoraires des spécialistes ;
- Les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire :
 - la contribution forfaitaire sur les actes et les consultations ;
 - la franchise appliquée par boîte de médicament ;
 - la franchise appliquée par acte paramédical ;
 - la franchise appliquée par transport sanitaire.

Article 12 : Prestations

La participation de la Mutuelle (prestations en espèces) est calculée par différence entre la base de remboursement et la participation du régime d'affiliation de l'Assurance Maladie Obligatoire, sans que le total des prestations versées ne puisse excéder les frais réels engagés.

La participation de la Mutuelle peut être également :

- Calculée en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation ;
- Exprimée en forfait, c'est-à-dire, hors participation du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation ;
- Définie selon les modalités décrites dans le descriptif de garantie.

Les prestations du contrat sont définies pour chaque garantie dans le descriptif de garantie remis à l'adhérent.

Article 13 : Formalités de règlement des prestations

Pour bénéficier des prestations et services de la Mutuelle, les adhérents doivent fournir tous les documents demandés par celle-ci et se soumettre à tout contrôle qu'elle estimerait utile.

Ne peuvent bénéficier des prestations que les adhérents à jour de leurs cotisations.

Le règlement des prestations qui ne sont pas versées directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement bancaire sur le compte de l'adhérent ou du bénéficiaire.

Pour l'ensemble des soins, seule la date de l'ordonnance, de la prescription ou de l'entente préalable est prise en considération pour déterminer l'ouverture des droits.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées, hors délais bancaires, dans un délai maximum de :

- 2 jours, avec télétransmission Noémie¹ ;
- 6 jours, sans télétransmission Noémie.

¹ Noémie est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet à l'organisme assureur les informations nécessaires au remboursement de vos frais de santé.

Article 14 : Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de la santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, en fonction de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par l'adhérent ou l'ayant droit. Celui-ci doit, pour en bénéficier, présenter sa carte de tiers payant, en cours de validité, attestant de son appartenance à la Mutuelle et de ses droits.

Le contrat permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur l'ensemble des prestations obligatoires du contrat responsable reprises ci-dessous :

- le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'Assurance Maladie et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, y compris la participation forfaitaire ou le forfait patient urgences lorsqu'ils sont facturés,
- le forfait journalier hospitalier,
- Les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie
- les dépenses d'acquisition des aides auditives dans la limite d'un renouvellement par période de quatre ans et dans la limite des prix limites de vente pour les aides auditives de classe I,
- les dépenses d'acquisition des équipements optiques dans les conditions suivantes : l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée, dit 100% santé dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A dans la limite du prix limite de vente.

Si après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un adhérent ou ayant-droit ne sont pas ouverts auprès de son régime d'Assurance Maladie Obligatoire, celui-ci est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse.

Article 15 : Prescription

Toutes actions dérivant des opérations énoncées à la présente notice se prescrivent 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 de l'adhérent ou l'ayant droit, 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 de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par les 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 à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les parties au présent contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 16 : Soins réalisés à l'étranger et Soins réalisés par les adhérents relevant de la Caisse des Français à l'étranger (CFE)

Soins réalisés à l'étranger

Si les soins sont pris en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la Mutuelle assurera une prise en charge à hauteur du ticket modérateur ; en cas de reste à charge, une prise en charge sera réalisée en fonction de votre garantie sur présentation de la facture traduite.

Si les soins ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la Mutuelle prendra en charge ces derniers en fonction de votre garantie et sur présentation d'une facture traduite.

Les actes relevant du 100% santé ne sont pas pris en charge s'ils sont réalisés à l'étranger.

Soins réalisés par les adhérents relevant de la Caisse des Français à l'étranger (CFE)

Si les soins sont réalisés en France, la Mutuelle assurera une prise en charge en prenant en considération les bases de remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français à hauteur du ticket modérateur ; en cas de reste à charge, une prise en charge sera réalisée en fonction de votre garantie sur présentation de la facture traduite.

Si les soins sont réalisés à l'étranger la Mutuelle assurera la prise en charge, sur la base d'une facture traduite, à hauteur d'un forfait qui ne pourra excéder 300 euros par personne et par année civile.

Chapitre 4

COTISATIONS

Article 17 : Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont communiquées à l'adhérent préalablement à son adhésion.

Les cotisations varient, d'une part, en fonction de la garantie souscrite par l'adhérent et ses ayants droit au moment de l'émission de l'appel de cotisations, d'autre part en fonction de leur âge et de leur département de domiciliation. En cas de modification d'une des situations ci-dessus, le montant de la cotisation est modifié au premier jour de l'année qui suit la date de l'événement.

À partir du 3^{ème} enfant à charge, l'enfant à charge ayant droit de l'adhérent est exonéré de cotisation.

Les cotisations suivent l'évolution du montant du plafond de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont susceptibles d'évoluer en cours d'année ou au 31 décembre de l'année, notamment pour les motifs suivants :

- modification des remboursements des régimes obligatoires ;
- modification législative ou réglementaire

Article 18 : Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues pour l'année civile.

Les cotisations sont appelées par un avis d'appel de cotisation annuel adressé à l'adhérent. Celles-ci sont payées par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal.

L'adhérent peut choisir lors de son adhésion la date du prélèvement entre le 5, le 10 ou le 15 du mois concerné. Les dates des prélèvements sont portées à la connaissance de l'adhérent par le biais d'un échéancier.

Article 19 : Défaut de paiement

Le versement des prestations à l'adhérent et à ses ayants droit est conditionné au paiement de la cotisation due par l'adhérent.

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisations due dans les dix jours de son échéance, Pavillon Prévoyance adresse à l'adhérent une mise en demeure de payer, l'avisant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de celle-ci, le défaut de paiement entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat, les cotisations payées restant acquises à Pavillon Prévoyance.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par l'adhérent.

Chapitre 5

DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION, FAUSSE DÉCLARATION, SUBROGATION ET CONTRÔLE MÉDICAL

Article 20 : Déclaration de changement de situation et fausse déclaration

Tout adhérent ou ayant droit ayant fait une fausse déclaration en cotisant à la Mutuelle dans une catégorie à laquelle il n'appartient pas ne pourra prétendre en aucun cas à d'autres prestations que celles accordées par la Mutuelle aux membres de la catégorie dans laquelle il a cotisé.

En cas de changement de situation au cours d'une année, les adhérents ou ayants droit sont tenus d'en aviser la Mutuelle et, s'il y a lieu, au versement immédiat du complément de cotisation.

En cas de changement de catégorie, le remboursement éventuel des cotisations sera effectué par la Mutuelle et portera sur l'année en cours et l'année précédente, sous réserve de régularisation des prestations versées au cours de la période faisant l'objet du remboursement.

- Fausse déclaration, réticence ou omission intentionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, la garantie accordée à l'adhérent est nulle 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 le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à PAVILLON PREVOYANCE, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

- Fausse déclaration, réticence ou omission non-intentionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, lorsque l'omission ou la fausse déclaration de l'adhérent n'est pas volontaire -et, qu'ainsi, la mauvaise foi de celui-ci n'est pas établie- PAVILLON PREVOYANCE a la possibilité :

- si l'omission ou la fausse déclaration est constatée avant le 9inistre, de maintenir l'adhésion de l'adhérent au présent contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. PAVILLON PREVOYANCE restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus ;
- si l'omission ou la fausse déclaration est constatée après le sinistre, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 21 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Parallèlement, l'adhésion à la Mutuelle entraîne - de fait - délégation de l'adhérent ou de l'ayant droit au profit de la Mutuelle pour percevoir en ses lieux et place, les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et les autres organismes de Prévoyance dont la Mutuelle a fait l'avance.

Article 22 : Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat Frais de santé. En cas de refus de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Chapitre 6

INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 23 : La notice d'information

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations collectives, la Mutuelle établit une notice décrivant les garanties souscrites.

Le souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le souscripteur est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice et des statuts à l'adhérent et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au souscripteur.

Article 24 : Les statuts et règlements

Toute modification des statuts et règlements de la Mutuelle décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle doit être portée à la connaissance de ses adhérents.

Chapitre 7

ACTION SOCIALE

Article 25 : Commission d'aide sociale

Des aides exceptionnelles peuvent être accordées par la Commission d'aide sociale aux adhérents et à leurs ayants droit pour des besoins urgents, notamment dans le cas de situations difficiles liées à la maladie ou l'accident, à la perte d'emploi ou de ressources pour des dépenses de santé onéreuses.

Chapitre 8

MÉDIATION MUTUALISTE ET TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Article 26 : Traitement des réclamations et médiation

Une réclamation s'entend de tout type de déclaration actant le mécontentement de l'adhérent. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis ne sont pas des réclamations.

Les réclamations peuvent être adressées par courrier à : PAVILLON PRÉVOYANCE – Service Réclamations – 90 avenue Thiers CS21004 33072 Bordeaux Cedex, ou par courriel à service-reclamations@pavillon-prevoyance.fr, accompagné des justificatifs de votre demande.

Le Service réclamations accusera réception de la demande dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de son envoi, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Pavillon Prévoyance s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date d'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement.

Tout différend survenant entre PAVILLON PRÉVOYANCE et l'adhérent à la suite du traitement d'une réclamation pourra être soumis préalablement à toute action en justice, au médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

L'adhérent peut, en tout état de cause, saisir ce médiateur :

- deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite à la Mutuelle,
- et dans le délai maximal d'un an à compter de ladite réclamation.

Pour ce faire, il doit transmettre le dossier objet de la demande, accompagné des justificatifs nécessaires :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la FNM, 255 rue de Vaugirard 75 719 PARIS CEDEX 15
- Soit via le site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Chapitre 9

INFORMATIONS LÉGALES

Article 27 : Protection des données à caractère personnel

La Politique de Protection des Données à caractère personnel gérées par PAVILLON PREVOYANCE est accessible sur le site internet : <https://www.pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees>

Article 28 : Convention de substitution

En application de l'article L. 211-5 du Code de la mutualité, PAVILLON PRÉVOYANCE se substitue intégralement à la Mutuelle Solidarité d'Aquitaine pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la Solidarité d'Aquitaine et à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1,2, 20 et 21.

Si l'agrément accordé à PAVILLON PRÉVOYANCE lui est retiré, le contrat Frais de santé sera résilié le 40^{ème} jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie est alors restituée au souscripteur.

Chapitre 10

DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 29 : Bénéficiaires de la garantie

Les garanties sont à adhésion facultative pour l'ensemble des adhérents membres de la personne morale souscriptrice signataire.

Ces derniers sont désignés dans le contrat par « adhérents ».

Les adhérents bénéficiant des prestations remplissent un bulletin d'affiliation et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Par ayants droit, il faut entendre les bénéficiaires définis ci-après et figurant sur le bulletin d'affiliation de l'adhérent.

Les adhérents et leurs ayants droit peuvent choisir des garanties différentes. La limite d'âge l'adhésion est de 80 ans.

Article 30 : Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit, s'ils figurent sur le bulletin individuel d'affiliation de l'adhérent :

- Le conjoint, concubin ou partenaire de PACS de l'adhérent ;
- Les enfants à charge de l'adhérent :
 - âgés de moins de 18 ans ;
 - âgés de 18 à 28 ans, sous réserve qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, une formation en alternance ou bénéficient d'un contrat de professionnalisation ;
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à Pôle emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - ils sont fiscalement à la charge de l'adhérent.
 - sans limite d'âge s'ils bénéficient de l'une des allocations pour adultes handicapés prévues par la loi du 30 juin 1975 ;
- Les ascendants de l'adhérent et de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, ainsi que des personnes dont il a la tutelle si elles sont à sa charge et vivent sous son toit.

Article 31 : Descriptif des prestations

Les bénéficiaires des garanties sont couverts dans le respect du parcours de soins coordonnés. Selon son niveau de garantie (se reporter au descriptif de la garantie), l'adhérent bénéficie des prestations ci-dessous :

• 31.1 Hospitalisations

La Mutuelle prend en charge les frais correspondant à des actes inscrits à la nouvelle nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM). La Mutuelle n'intervient qu'après prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Le tarif pris en charge par la Mutuelle varie selon qu'il s'agit d'un établissement conventionné ou non conventionné.

La Mutuelle intervient pour les séjours en médecine, chirurgie, maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour, pour les frais énoncés ci-dessous :

a) Frais de séjours :

- frais d'hospitalisation : le taux et la durée de prise en charge sont indiqués sur le descriptif de la garantie.
- forfait journalier hospitalier : la Mutuelle rembourse le montant de la participation aux frais d'hospitalisation laissés à charge du malade en matière de forfait journalier hospitalier. La durée de prise en charge est illimitée.

b) Chambre particulière avec et sans nuitée : durée et tarif de prise en charge indiqués sur le descriptif de la garantie.

- chambre particulière avec nuitée : lorsque la garantie le prévoit, la Mutuelle prend en charge ou rembourse la chambre particulière avec nuitée.
- chambre particulière sans nuitée : lorsque la garantie le prévoit, la Mutuelle prend en charge la chambre particulière uniquement dans le cadre de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire. A ce titre, la facture de l'établissement devra comporter, outre le supplément chambre particulière avec la précision « ambulatoire », soit un acte d'anesthésie (ADA) et un acte de chirurgie (ADC), ou un acte d'anesthésie (ADA) et un acte technique médical (ATM).

c) Frais d'accompagnement : pour toute hospitalisation prise en charge, la Mutuelle rembourse les frais exposés par l'accompagnant, sur présentation des justificatifs des dépenses réelles réglées à l'établissement de soins, avec un maximum journalier et un maximum total indiqués sur la d'information de la garantie.

d) Soins hospitaliers et honoraires paramédicaux intervenant pendant la durée de l'hospitalisation. Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

d) Frais de transports : frais de transport du malade « entrée » et « sortie » d'hospitalisation.

Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- facture acquittée de l'établissement,
- justificatifs des frais d'accompagnant (détaillés par journée) au nom du patient,
- bulletin de situation, relevé d'honoraires en cas de dépassement précisant l'acte pratiqué (C.C.A.M.), montant total des honoraires, le montant du dépassement

Exclusions :

Interventions chirurgicales à visée esthétique, sauf si consécutives à un accident.

• 31.2 Soins courants et pharmacie

La Mutuelle prend en charge, au titre des honoraires médicaux figurant à la nouvelle nomenclature (C.C.A.M.) et correspondant à des actes effectués hors hospitalisation : Médecins généralistes, Médecins spécialistes, sauf les stomatologues et dentistes, sages-femmes, directeurs de laboratoires, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures ; ainsi que les actes figurant à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) réalisés en laboratoire.

Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- soins externes (en milieu hospitalier) : avis des sommes à payer + attestation de paiement.

La Mutuelle prend en charge l'intégralité du ticket modérateur dans le cadre du dispositif MonPsy.

Le dispositif MonPsy permet à toute personne de bénéficier de séances remboursées chez un psychologue conventionné par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, dans la limite de 8 séances par an (Cf. conditions légales et réglementaires applicables au dispositif, disponibles sur le site internet <https://monpsy.sante.gouv.fr/>).

La Mutuelle prend en charge, au titre de la pharmacie, les produits pharmaceutiques médicalement prescrits remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Les taux de prise en charge sont indiqués sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés.

Si la garantie le prévoit, la Mutuelle prend également en charge les médicaments non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire à la condition que ces derniers soient inscrits dans le Dictionnaire VIDAL.

• 31.3 Soins dentaires

La Mutuelle prend en charge, au titre des soins dentaires les actes inscrits à la nouvelle nomenclature (C.C.A.M.) et pratiqués hors hospitalisation :

- des chirurgiens-dentistes,
- des dentistes spécialisés,
- des stomatologues,
- des orthodontistes.

Le taux de prise en charge est indiqué pour chaque type d'acte sur le descriptif de la garantie pour :

- les soins dentaires,
- les prothèses dentaires acceptées,
- les traitements d'orthodontie.

Lorsque le traitement orthodontique a débuté avant la prise d'effet du contrat auprès de Pavillon Prévoyance, la date de réalisation des actes retenue est celle figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale. Conformément à l'article relatif aux exclusions de garantie, Pavillon Prévoyance n'interviendra pas pour les actes effectués antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ni en cas d'intervention du précédent organisme assureur. Des justificatifs en ce sens seront sollicités. De même, lorsque le traitement orthodontique a pris fin après la fin du contrat auprès de Pavillon Prévoyance, la date de réalisation des actes retenue est celle figurant sur le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie. Conformément à l'article relatif aux exclusions de garantie, Pavillon Prévoyance n'interviendra pas pour les actes effectués postérieurement à la date de cessation du contrat

Prothèses dentaires et orthodontie refusées

Lorsque la garantie de l'adhérent le prévoit, les prothèses dentaires et l'orthodontie refusées par l'assurance maladie obligatoire bénéficient d'une participation annuelle ou semestrielle dont le montant maximum est défini dans la fiche descriptive de la garantie souscrite dans la limite des dépenses réelles.

Selon les modalités prévues au sein de la fiche descriptive de la garantie, la participation de la Mutuelle peut être forfaitaire ou se fonder sur la reconstitution de la base de remboursement du régime obligatoire.

Le forfait semestre est alloué pour le paiement du semestre de l'année civile au cours duquel débutent les soins. Deux forfaits semestre ne peuvent être alloués pour des soins ayant débuté au cours d'un semestre civil et ayant pris fin au cours du semestre civil suivant. Seules les phases de traitement actif d'orthodontie, c'est-à-dire les phases correspondant aux cotations assimilées T045 et T090, seront prises en charge, **à l'exclusion de tout acte de diagnostic / surveillance ou de contention répondant à une codification autre que T045 et T090.**

• **Parodontologie, implantologie.**

La Mutuelle verse un forfait indiqué sur le descriptif de la garantie lorsque la prestation est couverte.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- soins dentaires en milieu hospitalier : quittance proforma/facture détaillée + avis des sommes à payer.

Précisions concernant le forfait parodontologie :

Seuls les actes suivants sont compris dans le forfait parodontologie :

Code CCAM	Code Regroupement	Intitulé
HBAA338	ADC	Allongement coronaire par gingivectomie sur une dent,
HBFA003	TDS	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus,
HBFA004	TDS	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents,
HBFA005	TDS	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents,
HBFA006	TDS	Gingivectomie sur un secteur de 1 à 3 dents,
HBFA007	TDS	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents,
HBFA008	TDS	Gingivectomie sur un secteur de 7 dents ou plus,
HBFA012	TDS	Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante sur une arcade maxillaire ou mandibulaire complète,
HBFA013	TDS	Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante localisée,
HBGB006	TDS	Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant,
HBJA003	TDS	Assainissement parodontal par lambeau sur un sextant,
HBLD050	TDS	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle composite collée, sur 7 dents ou plus,
HBLD051	TDS	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus,
HBLD052	TDS	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle composite collée, sur 1 à 6 dents,

HBLD053	TDS	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents,
HBMA001	TDS	Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement,
HBMA004	ADC	Régénération parodontale,
HBQD001	TDS	Bilan parodontal,
HBED023	TDS	Grefte épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents,
HBED024	TDS	Grefte épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant,
HBJB001	TDS	Évacuation d'abcès parodontal.

Précisions concernant le forfait implantologie :

Si votre grille de garanties précise la notion « *par implant* » : seul l'implant sera pris en charge

Si votre grille de garanties précise la notion de « *Forfait implantologie* » sans autre précision : Prise en charge de l'implant et du pilier implantaire

• 31.4 Optique

La Mutuelle prend en charge au titre de l'optique les fournitures inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Cette prise en charge comprend, dans les limites du contrat responsable (voir article 29.12), selon la garantie souscrite, :

- les fournitures prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire (verres, montures, lentilles),
- les lentilles de contact non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- la chirurgie réfractive.

Le taux de remboursement, et éventuellement un forfait pour chaque type de prestation, est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- prescription médicale.

Exclusion :

- Lentilles couleur
- Equipment solaire sauf prescription médicale contraire

• 31.5 Télésurveillance

En application des dispositions de l'article 36 de la Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale (« LFSS ») pour 2022 instaurant la prise en charge des actes de télésurveillance médicale et de l'article R. 160-5 du Code de la sécurité sociale, Pavillon Prévoyance prend en charge l'intégralité du ticket modérateur afférent aux frais relatifs :

- aux activités de télésurveillance médicale mentionnées à l'article L. 162-48 du Code de la sécurité sociale ;
- aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et aux activités de télésurveillance médicale pris en charge au titre de l'article L. 162-1-23 du Code de la sécurité sociale.

• 31.6 Médecine douce – Prévention – Cure thermale

Les forfaits annuels bien-être et prévention sont attribués dans les limites figurant sur la fiche de la garantie, pour des soins prescrits médicalement ou réalisés par un praticien diplômé et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Forfaits médecine douce

- Acupuncture : pour des soins réalisés par un médecin spécialiste ou généraliste, un chirurgien-dentiste (pour les actes en lien avec la chirurgie dentaire) ou une sage-femme (pour les actes en lien avec l'obstétrique),
- Aromathérapie,
- Auriculothérapie,
- Chiropractie : le chiropracteur doit être titulaire d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un Institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens,
- Ergothérapie : pour des soins prescrits médicalement, réalisés par un praticien diplômé et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- Etiopathie : l'étiopathe doit obligatoirement être inscrit au Registre National des Etiopathes,
- Haptonomie,
- Homéopathie: sont prises en charges les consultations homéopathiques, **à l'exclusion de toute pharmacie homéopathique**
- Manupuncture,
- Mésothérapie,
- Méthode Mézières
- Méthode Naet,
- Microkinésithérapie
- Naturopathie,
- Nutritionniste
- Ostéopathie : l'ostéopathe doit obligatoirement être inscrit sur la liste départementale de la profession d'Ostéopathe et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de santé) ; pour justifier du respect de ces conditions, il doit fournir à la Mutuelle le document intitulé « Attestation d'inscription au Répertoire Adeli »,
- Consultations allergologue, diététicien, pédicure, podologue, psychomotricien.
- Produit diététique : prise en charge sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture de pharmacie ou parapharmacie
 - Psychologie

Seront prises en charge les séances décrites ci-après si elles sont réalisées par un psychologue (le psychologue doit obligatoirement être inscrit sur la liste départementale de la profession de psychologue et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de santé)), un psychothérapeute ou un psychanalyste.

Seront prises en charge :

- ✓ Les séances de psychologie
 - ✓ Les séances de psychothérapie
 - ✓ Les séances de psychanalyse
 - ✓ Les autres séances dont la nature n'est pas précisée
- Le dispositif MonPsy fait l'objet d'une prise en charge particulière (cf. soins courants).

- Tabacologue
- Phytothérapie,
- Réflexologie,
- Somatopathie,
- Sophrologie,
- Yoga.

Forfaits prévention

- Densitométrie osseuse,
- Amniocentèse,
- Contraception : sur prescription médicale prise en charge de la pilule et de l'anneau contraceptifs,
- Préservatifs : remboursement sur présentation de la facture du pharmacien,
- Sevrage tabagique : substituts nicotiniques (patches, gommes, etc...),

- Auto-tensiomètre : pour acquisition d'un auto- tensiomètre sans prescription médicale sur présentation de la facture de l'établissement autorisé à délivrer ;
ce matériel médical,
- Participation à la licence sportive : sur présentation de la copie de la licence sportive en cours de validité et du justificatif de règlement de la licence. Le forfait « participation à la licence sportive » peut être majoré si la garantie le prévoit, à partir d'un seuil d'ancienneté. Le forfait et sa majoration sont versés dans la limite du prix de la licence.

Pièces à fournir :

- facture originale acquittée (+ copie de la licence sportive pour la participation à la licence sportive).

Cure thermale

La Mutuelle prend en charge au titre des cures thermales, les frais de pratique thermale et les honoraires médicaux prescrits médicalement et acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le taux de prise en charge et éventuellement le forfait supplément (avec hébergement, transport) sont précisés sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- justificatifs des frais de transport et hébergement.

Exclusions :

- **Cure effectuée en hospitalisation, cure d'amaigrissement, cure de rajeunissement.**

• 31.7 Prothèse capillaire, mammaire, oculaire

La Mutuelle intervient lors de l'achat de prothèse capillaire, prothèse mammaire, prothèse oculaire. Le taux de remboursement est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- facture acquittée,
- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire

• 31.8 Assistance Santé

Les conditions d'application de l'assistance à domicile font l'objet d'une notice d'information spécifique qui est remise en même temps que la notice d'information de la garantie santé choisie. Il peut être procédé à un changement d'assistant. Dans ce cas de figure, la Mutuelle informe le souscripteur et l'adhérent de la nouvelle dénomination de l'assistant et remet au souscripteur la nouvelle notice d'information de la garantie assistance.

• 31.9 Prestations supplémentaires

Lorsque le descriptif de la garantie le prévoit, le forfait ci-après est versé sur présentation des justificatifs demandés.

Forfait naissance et adoption : Si la garantie le prévoit, garantie souscrite par LA MUTUELLE auprès de HARMONIE MUTUELLE. Voir notice spécifique.

• 31.10 Prestations contrat responsable et solidaire

Le contrat collectif complémentaire santé est qualifié de « responsable et solidaire », conformément à la réglementation en vigueur. Il prend en charge, conformément aux articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur, :

- l'intégralité du ticket modérateur.²

² Selon la garantie de l'adhérent ou de l'ayant droit, sont couvertes ou non par Pavillon Prévoyance les prestations suivantes :

- Homéopathie,
- Cures thermales,
- Médicaments remboursés à 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

- le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers au sens de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
- Le forfait patient urgences
- si la garantie le prévoit, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.
- les dépenses d'acquisition des aides auditives dans la limite d'un renouvellement par période de quatre ans et dans la limite :
 - des prix limites de vente pour les aides auditives de classe I,
 - de 1.700 euros (assurance maladie obligatoire et complémentaire santé) par oreille pour les aides auditives de classe II ;
- Les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie
- les dépenses d'acquisition des équipements optiques dans les conditions suivantes : l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée, dit 100% santé dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente.

En fonction de la garantie choisie, les frais d'acquisition des prestations et équipements de classe B sont pris en charge :

- à hauteur du ticket modérateur ;
- ou dans les conditions suivantes :

- Au minimum 50 € et au maximum 420 € par équipement à verres simples³
- Au minimum 125 € et au maximum 560 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c).
- Au minimum 200 € et au maximum 700 € par équipement à verres complexes⁴
- Au minimum 125 € et au maximum 610 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f)
- Au minimum 200€ et au maximum 750€ par équipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f)
- Au minimum 200€ et au maximum 800€ par équipement à verres très complexes⁵

³ Verres simples : verres unifocaux

- Sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries
- Sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à -4,00 dioptries
- Sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

⁴ Verres complexes : verre unifocal

- Sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à -6,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries

Ou verre multifocal ou progressif

- Sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

⁵ Verres très complexes : verres unifocaux ou progressifs

- Sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €.

En l'absence de mention des verres très complexes au sein de la grille de garantie, il convient d'appliquer le forfait des verres complexes.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Par dérogation, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le renouvellement s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Par dérogation, cette période minimale d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans dont la vue évolue.

Par dérogation, les enfants de moins de 6 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, peuvent bénéficier d'un renouvellement par période de six mois.

Le contrat permet par ailleurs à l'adhérent de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur l'ensemble des prestations obligatoires du contrat reprises ci-dessous :

- le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'Assurance Maladie et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, y compris la participation forfaitaire ou le forfait patient urgences lorsqu'ils sont facturés,
- le forfait journalier hospitalier,
- Les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie
- les dépenses d'acquisition des aides auditives dans la limite d'un renouvellement par période de quatre ans et dans la limite des prix limites de vente pour les aides auditives de classe I,
- les dépenses d'acquisition des équipements optiques dans les conditions suivantes : l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée, dit 100% santé dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A dans la limite de prix limite de vente.

Il ne prend pas en charge :

- **en cas de non-respect du parcours de soins, absence de médecin traitant, refus de présentation du dossier médical personnel :**
 - a) **La majoration du ticket modérateur liée aux actes et consultations.**
 - b) **La franchise liée aux dépassements d'honoraires des spécialistes.**
- **les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire :**
 - a) **La contribution forfaitaire sur les actes et consultations.**
 - b) **La franchise appliquée par boîte de médicament.**
 - c) **La franchise appliquée par acte paramédical.**
 - d) **La franchise appliquée par transport sanitaire.**
- **31.11 Réseau de soins Itelis (Service détaillé sur le dépliant Réseau de soins Itelis et sur www.pavillon-prevoyance.fr/reseau-de-soins)**

Chapitre 11

AUTORITE DE CONTROLE

-
- *Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries*
 - *Sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries*
 - *Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries*

PAVILLON PREVOYANCE, en sa qualité d'Union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

**Conditions générales
valant Notice d’information Natalité
Harmonie Mutuelle
Référéncée CG NI NATALITE HM – V2022**

Sommaire

CHAPITRE PRELIMINAIRE Conditions générales valant notice d’information	3
Article PRELIMINAIRE 1 - Objet du contrat.....	3
Article PRELIMINAIRE 2 - Statuts et règlement intérieur d’HARMONIE MUTUELLE	3
Article PRELIMINAIRE 3 - Territorialité	3
Article PRELIMINAIRE 4 - Date d’effet et durée du contrat Natalité.....	3
Article PRELIMINAIRE 5 - Modification du contrat	3
Article PRELIMINAIRE 6 - Obligations du Souscripteur	4
Article PRELIMINAIRE 7 - Résiliation du contrat Natalité	4
Article PRELIMINAIRE 7.1- Résiliation à l’initiative d’Harmonie Mutuelle.....	4
Article PRELIMINAIRE 7.2 - Résiliation à l’initiative de Pavillon Prévoyance	4
CHAPITRE I Dispositions générales	4
Article 1 Information des adhérents.....	4
Article 2 Risque couvert.....	5
Article 3 L’adhésion individuelle au contrat Natalité	5
3.1 Catégorie éligible.....	5
3.2 Bénéficiaires de la garantie	5
3.3 Choix du niveau de garantie.....	5
3.4 Prise d’effet de l’adhésion au contrat Natalité	5
3.5 Faculté de renonciation	5
3.6 Durée de l’adhésion	5
Article 4 Événements survenant en cours d’adhésion	5

Article 5 Résiliation de la garantie, exclusion, nullité	6
5.1 A l'initiative de l'adhérent.....	6
5.2 A l'initiative de la Mutuelle	6
5.3 Conséquence de la résiliation, de l'exclusion	6
CHAPITRE II La garantie.....	6
Article 6 Cadre général	6
Article 7 Versement des prestations	6
CHAPITRE III : Cotisations	6
Article 8 Détermination et mode de calcul de la cotisation	6
Article 9 Évolution de la cotisation	7
9.1 Révision de la cotisation.....	7
9.2 Revalorisation.....	7
Article 10 Paiement de la cotisation	7
10.1 Règlement de la cotisation.....	7
10.2 Incident de paiement	7
10.3 Non-paiement de la cotisation.....	7
CHAPITRE IV Dispositions diverses	7
Article 11 Prescription	7
Article 12 Election de domicile	8
Article 13 Protection des données à caractère personnel	8
Article 14 Réclamations et Médiation	9
Article 15 Autorité de contrôle	9

CHAPITRE PRELIMINAIRE

Conditions générales valant notice d'information

Référencée CG NI NATALITE HM – V2022

Article PRELIMINAIRE 1 - Objet du contrat

Le présent contrat collectif, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir les conditions dans lesquelles Harmonie Mutuelle assure le versement d'un capital forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption d'enfants, dont le montant est précisé dans le tableau de garantie remis à l'adhérent.

Il est souscrit par Pavillon Prévoyance auprès d'Harmonie Mutuelle, au profit des salariés d'entreprises ayant souscrit un contrat frais de santé auprès de Pavillon Prévoyance, ainsi qu'au profit d'adhérents bénéficiant de garanties frais de santé assurées par Pavillon Prévoyance, dans le cadre d'un règlement mutualiste ou bien d'un contrat collectif à adhésion facultative.

Pavillon Prévoyance est une Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Siren n° 442 978 086, dont le siège social est sis 90 Avenue Thiers, 33072 Bordeaux Cedex, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

L'adhésion au présent contrat collectif, mis en place dans le cadre des dispositions de l'article L 221-3 du Code de la mutualité, est obligatoire à l'égard des membres participants de Pavillon Prévoyance assurés au titre de l'un des contrats collectifs frais de santé/règlement mutualiste précités, visés par la décision du Conseil d'administration de l'Union, et approuvée par l'assemblée générale.

Les membres participants de Pavillon Prévoyance concernés par la présente garantie deviennent

membres participants d'Harmonie Mutuelle à l'occasion de la signature du bulletin d'adhésion au règlement mutualiste ou du bulletin d'affiliation au contrat collectif frais de santé assuré par Pavillon Prévoyance sur lequel il est fait état de la présente garantie.

Article PRELIMINAIRE 2 - Statuts et règlement intérieur d'HARMONIE MUTUELLE

Les statuts et le règlement intérieur d'Harmonie Mutuelle sont remis à Pavillon Prévoyance qui en remet un exemplaire à ses membres participants ou à ses personnes morales souscriptrices, pour lesquels l'adhésion au présent contrat revêt un caractère obligatoire.

Article PRELIMINAIRE 3 - Territorialité

Les garanties du présent contrat s'exercent en France métropolitaine, et dans les départements et régions français d'Outre-mer (DROM).

Article PRELIMINAIRE 4 - Date d'effet et durée du contrat Natalité

Le présent contrat collectif prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières signées entre Harmonie Mutuelle et Pavillon Prévoyance, soit au 1^{er} janvier 2022, et vient à échéance le 31 décembre de l'année civile en cours.

Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf demande de dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions définies à l'article Résiliation du contrat.

Article PRELIMINAIRE 5 - Modification du contrat

Harmonie Mutuelle et Pavillon Prévoyance conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions d'application du présent contrat.

Toute modification du présent contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties qui précise la date d'effet de cette modification. Cette modification donnera lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information.

Article PRELIMINAIRE 6 - Obligations du Souscripteur

Pavillon Prévoyance, en sa qualité de souscripteur du présent contrat collectif, doit fournir à chaque adhérent à un règlement mutualiste/ au souscripteur d'un contrat collectif frais de santé concerné par la présente garantie, un bulletin d'adhésion/bulletin de souscription frais de santé faisant état de ladite garantie, la notice d'information rédigée par Harmonie Mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de celle-ci.

Article PRELIMINAIRE 7 - Résiliation du contrat Natalité

Article PRELIMINAIRE 7.1- Résiliation à l'initiative d'Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle peut résilier le contrat collectif :

- annuellement, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, au plus tard le 31 octobre de l'année civile ;
- dans tous les cas, en cours d'année, en cas de non-paiement des cotisations qui doivent lui être reversées par Pavillon Prévoyance ;
- en cas de retrait d'agrément de Pavillon Prévoyance ;
- en cas de non-paiement par Pavillon Prévoyance des cotisations dues à Harmonie Mutuelle.

Ainsi, lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, Harmonie Mutuelle adresse à Pavillon Prévoyance, débitrice des cotisations à lui reverser en application du présent contrat, une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance

au cours dudit délai entraîne la résiliation du contrat Natalité.

Article PRELIMINAIRE 7.2 - Résiliation à l'initiative de Pavillon Prévoyance

Pavillon Prévoyance peut résilier le contrat collectif :

- annuellement, au plus tard le 31 octobre de l'année civile ;
- en cas de retrait d'agrément d'Harmonie Mutuelle.

Le support de résiliation de Pavillon Prévoyance à Harmonie Mutuelle peut être au choix :

- **une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;**
- **une lettre simple ou tout autre support durable ;**
- **une déclaration faite au siège social d'Harmonie Mutuelle ou chez le représentant de cette dernière ;**
- **un acte extrajudiciaire ;**
- **soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Harmonie Mutuelle attestera par écrit la réception de la notification qui lui aura été faite par Pavillon Prévoyance.

CHAPITRE I Dispositions générales

Les dispositions du présent chapitre ainsi que celles des chapitres suivants formalisent spécifiquement les conditions de la notice d'information.

Article 1 Information des adhérents

Pavillon Prévoyance s'engage à remettre à chaque adhérent à un règlement mutualiste /au souscripteur d'un contrat collectif frais de santé concerné par la présente garantie, la notice d'information en vigueur établie par Harmonie Mutuelle. Ce document définit les garanties prévues par le présent contrat collectif Natalité et leurs

modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des exclusions, des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Article 2 Risque couvert

La garantie naissance et adoption a pour objet d'assurer à l'adhérent le versement d'un capital en cas de naissance ou adoption d'enfants intervenue pendant la période de garantie, sous réserve de l'inscription de cet enfant en tant qu'ayant-droit sur la complémentaire santé comportant la garantie naissance et adoption en inclusion.

Article 3 L'adhésion individuelle au contrat Natalité

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au présent contrat collectif est réservée aux salariés éligibles du souscripteur ou aux membres de la personne morale souscriptrice d'un contrat collectif visé à l'article 1, ainsi qu'aux adhérents à un règlement mutualiste visés au même article.

Cette adhésion revêt par ailleurs un caractère obligatoire.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion ou via le site dédié avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à Harmonie Mutuelle une mise en œuvre précise de la garantie « Naissance et Adoption ».

3.2 Bénéficiaires de la garantie

Les bénéficiaires des garanties sont les adhérents au présent contrat collectif, tels que définis à l'article 3.1.

3.3 Choix du niveau de garantie

Les adhérents au présent contrat au sens de l'article 3.1 peuvent le cas échéant choisir librement lors de leur adhésion le montant de niveau de capital prévu au titre de la garantie naissance et adoption, dès

lors que cette possibilité est prévue au contrat collectif /règlement mutualiste santé dans lequel est inclus la présente garantie.

Le choix relatif au niveau de la garantie s'effectuera alors lors du remplissage du bulletin d'adhésion.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion au contrat Natalité

L'adhésion au contrat Natalité prend effet concomitamment à la prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif ou au règlement mutualiste frais de santé comportant la garantie naissance et adoption en inclusion.

3.5 Faculté de renonciation

L'adhésion au contrat Natalité revêtant un caractère obligatoire à l'égard des adhérents concernés (cf. article 3.1), seule la renonciation au contrat collectif /règlement mutualiste frais de santé auquel est adossé le présent contrat permet de renoncer à celui-ci.

Les modalités de renonciation au contrat collectif /règlement mutualiste frais de santé sont précisées à ceux-ci.

3.6 Durée de l'adhésion

La durée de l'adhésion au contrat Natalité est identique à celle de l'adhésion au contrat collectif /règlement mutualiste frais de santé qui comporte en inclusion la garantie naissance et adoption, sous réserve des situations définies à l'article Résiliation de la garantie, exclusion, nullité.

Article 4 Événements survenant en cours d'adhésion

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au présent contrat, dans les conditions indiquées à l'article Modification du contrat. L'adhésion au présent contrat étant obligatoire, sa dénonciation du fait des modifications opérées ne peut résulter que de la résiliation de l'adhésion au contrat collectif /règlement mutualiste frais de santé auquel il est adossé.

Article 5 Résiliation de la garantie, exclusion, nullité

5.1 A l'initiative de l'adhérent

L'adhésion au contrat Natalité revêtant un caractère obligatoire, l'adhérent ne peut demander sa résiliation que dans le cadre de la résiliation de l'adhésion au contrat collectif /règlement mutualiste frais de santé comportant en inclusion la garantie naissance et adoption.

Dans un tel cas de figure, l'adhérent se verra rembourser la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation en même temps que sa cotisation pour la garantie santé correspondant à la même période.

5.2 A l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement

Harmonie Mutuelle peut résilier la garantie en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non-paiement de la cotisation.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par Harmonie Mutuelle sont nulles 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 Harmonie Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Harmonie Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

5.3 Conséquence de la résiliation, de l'exclusion

Les naissance ou adoptions intervenues, après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de

l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun versement de la part d'Harmonie Mutuelle.

CHAPITRE II La garantie

Article 6 Cadre général

Le capital forfaitaire dont le montant est précisé dans le tableau des garantie santé de l'adhérent **est versé en cas de naissance ou d'adoption intervenue pendant la période de garantie, sous réserve que l'inscription de l'enfant soit réalisée au titre du contrat collectif /règlement mutualiste frais de santé assuré par Pavillon Prévoyance dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption** et sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article Paiement de la cotisation.

Article 7 Versement des prestations

Les prestations sont versées au bénéficiaire, c'est à dire à l'adhérent, sur production de l'acte de naissance ou de la copie du jugement d'adoption

Le versement du capital est effectué par virement en euros.

CHAPITRE III : Cotisations

Article 8 Détermination et mode de calcul de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile, en fonction notamment du montant de capital choisi par le souscripteur ou l'adhérent.

La cotisation par adhérent est en 2022 de 0,12 % du capital naissance indiqué dans le tableau des garanties santé de l'adhérent.

Article 9 Évolution de la cotisation

9.1 Révision de la cotisation

En cas de modifications d'ordre réglementaire ou législatif modifiant la portée des engagements d'Harmonie Mutuelle, les cotisations peuvent être révisées, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions. Cette révision peut notamment tenir compte de l'assujettissement éventuel à de nouvelles taxes, contributions applicables aux mutuelles ou des modifications apportées à ces taxes ou contributions.

Dans ce cas, l'adhérent se verra notifier cette hausse dans le cadre de son adhésion au contrat collectif de garanties frais de santé, à laquelle la garantie naissance et adoption est incluse, cette révision de la cotisation due ouvrant alors éventuellement droit à résiliation de l'adhésion santé, selon les modalités prévues au contrat collectif ou règlement mutualiste frais de santé concerné.

9.2 Revalorisation

Les cotisations évoluent par ailleurs à chaque échéance annuelle en fonction, d'une part, du résultat technique constaté par Harmonie Mutuelle, de modifications intervenues dans la démographie de la catégorie assurable du contrat.

Article 10 Paiement de la cotisation

10.1 Règlement de la cotisation

La cotisation due au titre du contrat Natalité étant comprise à celle afférente au contrat collectif/règlement mutualiste frais de santé auquel la garantie naissance et adoption est incluse, son règlement s'effectuera selon les modalités prévues audit contrat/règlement mutualiste.

10.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, Harmonie Mutuelle se réserve le droit :

- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un

chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

10.3 Non-paiement de la cotisation

La cotisation afférente à l'adhésion au contrat Natalité étant incluse au contrat collectif /règlement mutualiste frais de santé auquel elle est adjointe, son défaut de paiement correspond au non-paiement de la cotisation frais de santé.

La procédure applicable pour non-paiement de la cotisation est celle prévue dans les dispositions contractuelles (contrat collectif/règlement mutualiste) frais de santé de Pavillon Prévoyance.

La résiliation du contrat collectif frais de santé ou bien de l'adhésion au contrat collectif/règlement mutualiste frais de santé entraîne la résiliation concomitante de l'adhésion au contrat Naissance et Adoption.

CHAPITRE IV Dispositions diverses

Article 11 Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Harmonie Mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent contre Harmonie Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent 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 Harmonie Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à Harmonie la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 12 Election de domicile

Pour la souscription et l'exécution du contrat, Harmonie Mutuelle et Pavillon Prévoyance conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs.

Si le souscripteur a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 13 Protection des données à caractère personnel

Pavillon Prévoyance, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent pour permettre leur affiliation et les informera qu' Harmonie Mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à

l'organisation de la vie institutionnelle d'Harmonie Mutuelle.

Harmonie Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- (i) le recouvrement et le contentieux
- (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées
- (iii) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
- (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de ses offres
- (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, Harmonie Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités d'Harmonie Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par Harmonie

Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de ses données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Il dispose en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes d'Harmonie Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent peut solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, il peut également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent peut exercer ses droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à sa demande une copie de son justificatif d'identité.

En cas de réclamations relatives au traitement de ses données personnelles et l'exercice de leurs droits, il peut décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 (www.cnil.fr.)

Article 14 Réclamations et Médiation

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et Harmonie Mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, Harmonie Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article «Médiation» des statuts, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à Harmonie Mutuelle, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 SAINT-CHAMOND.

Article 15 Autorité de contrôle

Le présent contrat est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest CS 92459 75 436 Paris cedex 09.

Harmonie Mutuelle,

Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II du Code de la mutualité

Siren n°538 518 473

Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57

Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.