

Règlement Mutualiste Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Radiance Mutuelle

Mutuelle soumise au livre II du code de la mutualité inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 483 747 333 dont le siège social est situé à Lyon (69006) 95 rue Vendôme.



LEXIQUE

Adhérent ou membre participant : personne physique qui adhère à la Mutuelle, pour elle-même et le cas échéant ses ayants droit (membres bénéficiaires) pouvant bénéficier des prestations en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Régime obligatoire : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Ticket modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). La part du ticket modérateur prise en charge par la Mutuelle est définie dans les tableaux de garantie.

Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels entre chaque membre participant et la Mutuelle, concernant les prestations et les cotisations des dans le cadre du dispositif complémentaire santé solidaire dit « CSS » tel que prévu par l'article 52 de la Loi de financement de la Sécurité sociale.

CHAPITRE I - Vie du contrat

Article 1 : Adhérents bénéficiaires

L'adhérent est la personne physique répondant aux conditions de l'article L. 160-1 du Code de la Sécurité sociale qui adhère à la Mutuelle, pour elle-même et le cas échéant ses ayants droit (membres bénéficiaires) et qui va bénéficier des prestations gratuitement (CSS non contributive) ou en contrepartie du paiement d'une participation (CSS participative) ou d'une cotisation (contrat de sortie CSS).

Le présent règlement concerne les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale :

- Les adhérents bénéficiant de la CSS non participative
- Les adhérents bénéficiant de la CSS participative

Les adhérents bénéficiant du contrat de sortie mentionnée à l'article L. 160-1 du Code de la Sécurité sociale proposé en fin de droit CSS pour la prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé

Article 2 : Adhésion et droit à renonciation

2-1 : Modalités d'adhésion

Les membres participants et les membres bénéficiaires doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues par l'article L. 160-1 du Code de la Sécurité sociale. Le membre participant manifeste son acte d'adhésion à la Mutuelle par la signature d'un bulletin d'adhésion excepté pour la CSS non participative qui emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement. L'adhésion à la Mutuelle pour la CSS est matérialisée par le choix de celle-ci lors de la remise du dossier à la caisse d'assurance maladie et la transmission de ce choix par la caisse à la Mutuelle.

La mutuelle envoie au bénéficiaire un bulletin d'adhésion précisant : le montant annuel de la participation financière due pour chaque membre du foyer l'ayant choisi, les garanties prises en charge au titre de la Complémentaire santé solidaire, la durée du bénéfice du droit ainsi que les circonstances dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge par la Complémentaire santé solidaire.

Le bénéficiaire a ensuite trois (3) mois, à compter de la date d'envoi du bulletin d'adhésion, pour retourner le document complété et signé ainsi que son moyen de paiement.

2-2 : Droit à renonciation contrat de sortie CSS

En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent du contrat de sortie CSS mentionné à l'article L.160-1 du Code de la Sécurité sociale bénéficie d'un droit à renonciation concernant la souscription de son contrat, sans donner de motif, dans un délai de quatorze (14) jours calendaires. Ce droit court à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion ou à la date de prise d'effet du contrat si celle-ci est postérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion. Pour exercer son droit à renonciation, l'adhérent notifie sa décision auprès de la Mutuelle en envoyant le formulaire joint en annexe du cahier juridique.

Article 3 : Durée de l'adhésion

L'adhésion est prévue pour une période d'un an, renouvelable, correspondant à la date d'effet des droits accordés par la caisse d'assurance maladie pour la CSS ou à la durée de d'éligibilité au contrat de sortie CSS.

En cas de transformation des droits ACS en CSS, la durée du droit CSS est égale au reliquat des droits ACS.

Article 4 : Prise d'effet

Pour les bénéficiaires de la CSS sans participation financière, le droit sera ouvert au premier (1^{er}) jour du mois qui suit la date de la décision de la caisse d'assurance maladie. La caisse communique cette date auprès de la mutuelle.

Pour les bénéficiaires de la CSS avec participation financière, l'adhésion prend effet au premier (1^{er}) jour du mois qui suit la réception des éléments nécessaires au paiement (art. L.861-5 Code de la Sécurité sociale).

Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande.

En cas de naissance, d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire la CSS, l'adhérent informe la Mutuelle de ce changement.

Pour le contrat de sortie CSS l'adhésion prend effet au plus tôt le premier (1^{er}) jour du mois de la réception par les services de la Mutuelle du dossier d'adhésion complet, dûment rempli et signé.

Les membres participants bénéficient du remboursement des prestations santé dès la prise d'effet de leur adhésion. Une carte mutualiste est adressée au membre participant du contrat de sortie CSS. Les adhérents de la CSS participative et non participative sont dispensés de carte de tiers payant dans le cadre du dispositif tiers payant intégral.

La mise à jour de la carte Sesam vitale est indispensable pour bénéficier de la dispense d'avance des frais.

Article 5 : Changement de garantie

5.1 Transferts des droits ACS en CSS contributive

Pour les personnes bénéficiant déjà d'un contrat d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS) en cours au 1^{er} novembre 2019, une bascule vers le dispositif « CSS » est possible.

L'adhérent ACS doit demander à la mutuelle en tant qu'organisme complémentaire la durée du droit ACS restant à courir et le montant de la participation financière dû pour la période correspondante. Il vous sera remis une attestation de reliquat de droits comportant ces informations.

Sur la base de cette information, après formulation écrite de la demande de résiliation du contrat ACS auprès de la mutuelle, vous pourrez bénéficier du nouveau dispositif CSS à compter du premier (1^{er}) jour du mois qui suit la demande de changement des droits.

5.2 Changement de garantie pour les adhérents du contrat de sortie CSS

Le bénéfice du contrat de sortie CSS étant limité à douze (12) mois, le changement vers une autre garantie est possible à cette échéance ou préalablement sous réserve d'un délai de prévenance d'un (1) mois par lettre simple ou courrier électronique.

Article 6 : Fin de la garantie

6.1– Fin de droit CSS

La fin de droit CSS participative ou non participative entraîne la résiliation de l'adhésion.

Cette résiliation ne nécessite pas d'information de la part de l'adhérent auprès de la mutuelle.

L'adhérent souhaitant renouveler ces droits doit le faire auprès de sa caisse d'Assurance maladie. Ce renouvellement s'effectue selon les mêmes modalités que pour une première demande : constitution du dossier avec formulaire, pièces justificatives et le choix de l'organisme gestionnaire.

6.2 La résiliation à l'initiative du membre participant du contrat de sortie

Pour le contrat de sortie CSS, la résiliation à la demande de l'adhérent est possible à tout moment sous réserve d'un délai de prévenance d'un (1) mois par lettre simple. Cette résiliation s'inscrit dans le cadre de l'article L. 221-17 en cas de modification d'une situation modifiant le risque.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la date d'effet de résiliation au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant au surplus éventuellement encaissé à date d'effet de résiliation dans les 30 jours suivants la date d'effet de la résiliation.

6.3 – Radiation d'un ayant droit

la radiation de l'ayant droit d'un adhérent bénéficiant du dispositif CSS ou d'un contrat de sortie doit être signifiée par cet adhérent à la Mutuelle et prend effet le premier (1^{er}) jour du mois qui suit cette notification.

6.4 - Cessation de la garantie - décès

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent n'est prise en charge par la Mutuelle.

En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet le lendemain du décès. Le décès doit être signifié par écrit et un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

Pour le contrat de sortie CSS, le décès du chef de famille entraîne la radiation de plein droit du ou des ayants droit, lesquels peuvent adhérer à un nouveau contrat de complémentaire santé par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Article 7 – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des participations ou cotisations par ce dernier, dans les conditions fixées par la réglementation

L'absence de régularisation des participations financières à l'issue du délai de trente (30) jours laissé à compter de la notification de la suspension entraîne la fin de la prise en charge au titre de la Complémentaire santé solidaire selon les modalités prévues par l'article R. 861-31 du Code de la Sécurité sociale.

"CHAPITRE II - Prestations du contrat de complémentaire santé

Article 8 : Nature des prestations remboursées

8.1 : Principe

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le Régime obligatoire. Les prestations sont fournies notamment dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

La part complémentaire des soins remboursables par l'assurance maladie est prise en charge par la garantie CSS, à hauteur de 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie.

Les prestations procurées par les garanties CSS et contrats de sorties CSS sont précisées dans les tableaux respectifs joints.

La date des soins retenue par la Mutuelle correspond à la date des soins prise en compte par la Sécurité Sociale pour effectuer son remboursement.

8.2 : Exclusions et limitations :

Sauf indication contraire mentionnée au tableau de garantie, la Mutuelle ne prend pas en charge pour le contrat de sortie CSS :

- les majorations de la participation supportée par l'adhérent et ses ayants droit pour des soins effectués hors parcours de soins coordonné (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise appliquée sur les dépassements d'honoraires pratiqués hors parcours de soins coordonné (article R.871-1, 2e du Code de la Sécurité sociale) ;
- la participation forfaitaire par acte et par consultation (article 322-2-II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports (article 322- 2-III du Code de la Sécurité sociale).

Et pour l'ensemble des contrats du présent règlement

- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties) ;
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération ;
- les frais de chambre particulière ;
- le forfait journalier des établissements médico-sociaux.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation, sont exclus les frais annexes tels que : téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie.

Les forfaits ou plafonds annuels s'entendent sur les 12 mois de la durée d'adhésion. Lorsque ces forfaits ou plafonds sont fixés pour une durée supérieure à un an, la période s'apprécie à compter de la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

Article 9 : Principe indemnitaire

Le remboursement des frais de soins par la Mutuelle présente un caractère indemnitaire. Le remboursement des prestations effectuées par la Mutuelle ne peut en aucun cas excéder le montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 10 : Versement des prestations

Pour la CSS participative ou non participative, dans le cadre du tiers payant intégral, les prestations sont versées aux caisses d'assurance maladie en remboursement de leur avance.

Lorsque l'adhérent de la CSS participative n'a pas acquitté tout ou partie du montant de la participation financière correspondant à deux mensualités consécutives, la Mutuelle l'informe qu'en l'absence de paiement du montant dû dans les trente (30) jours à compter de la date de la notification de cette information, le droit au bénéfice de la CSS participative sera suspendu.

Pour les adhérents du contrat de sortie CSS, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations pour percevoir leurs prestations. Leurs justificatifs seront adressés à la Mutuelle dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations).

Article 11 : Tiers payant contrat de sortie CSS,

Le membre participant du contrat de sortie CSS peut bénéficier du tiers payant. Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...) en fonction des accords passés avec la Mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de mutuelle.

Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et en fonction de son niveau de garanties.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts. S'il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire 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 à son encontre.

Article 12 : Pièces à fournir contrat de sortie CSS,

La Mutuelle peut demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de sa garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire. Pour la bonne gestion de ses remboursements, l'adhérent est tenu de transmettre à la Mutuelle la copie de son attestation carte Vitale à chaque changement de situation (ALD, invalidité, changement de domicile, nouvel ayant droit, changement de régime de Sécurité sociale...).

Dans le cadre du dispositif 100% santé les professionnels opticiens, audioprothésistes et prothésistes dentaires transmettent à l'adhérent au moins un devis 100% santé.

La Mutuelle pratiquant la télétransmission, l'adhérent peut être dispensé de l'envoi des décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque la Mutuelle a signé des conventions de tiers payant avec des professionnels de santé, l'adhérent peut être dispensé de l'avance des frais sur la part complémentaire.

En cas de remboursements forfaitaires (optique, dentaire, forfait journalier, chambre particulière), l'adhérent doit adresser une demande de prise en charge à la Mutuelle afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais. Les prestations sont versées par la Mutuelle, qui peut déléguer tout ou partie de la gestion.

Article 13 : Prestations indues contrat de sortie CSS,

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans les plus brefs délais si des prestations étaient indûment versées et à procéder à leur remboursement. La Mutuelle, par ses propres contrôles, peut constater que des prestations ont été indûment versées. Un courrier est alors envoyé à l'adhérent pour demander le remboursement de l'indu. A défaut du reversement de l'indu, la Mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

Article 14 : Subrogation contrat de sortie CSS,

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

Article 15 : Révision des prestations

Le montant et les modalités des prestations garanties ont été établis en considération des conditions existantes et applicables au regard de la réglementation en vigueur. Si ces différents éléments venaient à être modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de réajuster, à partir de la date d'entrée en vigueur de cette réglementation, les conditions des garanties proposées. En tout état de cause, la Mutuelle en informera l'adhérent.

CHAPITRE IV – Cotisations

Article 16 : Principes

La cotisation, ou participation financière, donne accès aux prestations et aux services de la Mutuelle pour les garanties CSS participative et contrat de sortie CSS.

Article 17 : Détermination

Selon le niveau de ressources du foyer, la Complémentaire santé solidaire nécessitera le paiement d'une participation financière

Les participations à la CSS participative et les cotisations pour les contrats de sortie CSS sont fixées par la réglementation et définies par bénéficiaire selon l'âge atteint au 1^{er} janvier à la date d'adhésion avec une modulation pour les assurés relevant d'un des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime.

Article 18 : Paiement des cotisations ou participations

Les cotisations sont payables, soit mensuellement par prélèvement automatique, soit annuellement, par chèque (montant correspondant aux douze mois de cotisations). Le règlement des cotisations intervient aux dates mentionnées sur l'échéancier de prélèvement.

Article 19 : Défaut de paiement CSS participative et contrat de sortie CSS

Lorsque l'adhérent ne s'acquitte pas de tout ou partie du montant d'une mensualité, son montant ou le reliquat de son montant est cumulé avec celui de l'échéance qui suit pour le paiement.

Lorsque l'impayé s'élève à deux mensualités, la Mutuelle l'informe qu'en l'absence de paiement du montant dû dans les trente jours à compter de la date de la notification de cette information, la garantie sera suspendue.

A l'expiration du délai de trente (30) jours, en l'absence de régularisation de la totalité du montant dû, par paiement, la Mutuelle suspend la garantie. La suspension prend effet au premier jour du mois suivant l'expiration du délai de trente jours. L'adhérent ne peut déposer une nouvelle demande de CSS pendant la période de suspension de son droit.

L'adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la date de notification pour régulariser les sommes dues. En l'absence de régularisation à l'issue de ce délai, l'adhérent sera radié. La Mutuelle en informe sa caisse maladie.

Article 20 : Révision des cotisations

Les révisions de participation ou cotisations sont définies par règlementation.

CHAPITRE V - Dispositions diverses

Article 21 : Fraude ou fausse déclaration intentionnelle, contrat de sortie CSS

La garantie accordée au membre participant par la Mutuelle 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 la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Par ailleurs, en cas de suspicion de fraude de la part de l'adhérent, la Mutuelle peut lui demander de fournir des explications. En cas de fraude avérée démontrée par la Mutuelle, cette dernière peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre l'adhérent par toute voie de droit.

La fraude consiste en un acte volontaire permettant de tirer un profit illégitime du contrat d'assurance.

Article 22 : Forclusion, prescription et interruption de la prescription, contrat de sortie CSS

Les demandes de remboursement ou de paiement doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux (2) ans à partir de l'événement ouvrant les droits. Cette disposition concerne le remboursement des frais relatifs aux soins médicaux. Passé ce délai, la dette est éteinte. Toute action dérivant des garanties souscrites est prescrite deux ans après la survenance de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne commence qu'à partir du jour où les intéressés ont eu connaissance de cet événement. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment : demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre. 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 à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 23 : Obligations réciproques d'information

Article 23-1 : Obligations d'information de la part de l'adhérent

En cas de changement de situation, de quelque nature qu'il soit (situation familiale, coordonnées bancaires, adresse, changement de régime de sécurité sociale, changement de protection juridique, départ du territoire national...), l'adhérent est tenu d'en aviser la Mutuelle dans les plus brefs délais. Certains changements de situation sont susceptibles d'entraîner une modification de garantie ou de cotisations.

L'ensemble des documents ou sollicitations sont à adresser par mail à l'adresse suivante CSS@integrance.fr ou par courrier à l'adresse CSS 89 rue DAMREMONT 75882 PARIS CEDEX.

Article 23-2 : Obligation d'information de la part de la Mutuelle

Toute modification des Statuts et règlements de la Mutuelle est portée à la connaissance de ses membres.

Article 24 : Informatique et Libertés

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n° 2016/679 du 27 avril 2016, les informations que le membre participant communique sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'Opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données du membre participant sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ses données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple).

Le membre participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données et de décider du sort de celle-ci, post Mortem. Il dispose également du droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Le membre participant dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de son identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Médéric Humanis par email à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le membre participant peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07

Article 25 : Réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son contrat, le membre participant peut s'adresser au service Réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations CSS INTEGRANCE- 89 rue Damrémont - 75882 PARIS CEDEX 18.

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un membre participant envers la Mutuelle ; quel que soit le canal (téléphone, courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services) ; une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

Article 26 : Médiation

En cas de contestation non résolue après contact pris avec les services de la Mutuelle en charge de la réclamation, le souscripteur ou l'adhérent pourra soumettre sa réclamation au Médiateur en adressant un dossier complet au Médiateur de la Fédération de la Mutualité Française : - Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15

- Soit par mail à : mediation@mutualite.fr. Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription. Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai de trois (3) mois maximum de la réception du dossier complet."

Article 27 : Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat de sortie CSS.

Article 28 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

GRILLE CSS

Garanties Complémentaire santé solidaire		
Prestations		Prise en charge
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier	Intégrale et sans limitation de durée
	Honoraires	Prise en charge intégrale (TM ¹)
Soins courants	Honoraires médicaux	Prise en charge intégrale (TM ¹)
	Honoraires paramédicaux	
	Analyses et examens de laboratoire	
	Médicaments	
	Matériel médical panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	
	Matériel médical autre	
Dentaire	Soins	Prise en charge intégrale (TM ¹)
	Prothèses panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Prothèses autres	Prise en charge intégrale (TM ¹)
	Orthodontie panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Orthodontie autre	Prise en charge intégrale (TM ¹)
Optique	Équipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Équipements autres	Prise en charge intégrale (TM ¹)
	Lentilles	Prise en charge intégrale (TM ¹)
Aides auditives	Équipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ²	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Équipements autres	Prise en charge intégrale (TM ¹)

Nota : Hors exigence particulière du patient, les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs maximums fixés par l'assurance maladie. Les bénéficiaires ont droit au tiers-payant intégral (dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et complémentaire).

¹ TM : Ticket Modérateur (participation des assurés non prise en charge par votre organisme d'assurance maladie obligatoire au titre de la couverture maladie de base)

² Pour en savoir plus sur les actes pris en charge dans le cadre des paniers de soins Complémentaire santé solidaire, vous pouvez consulter le site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire : www.cmu.fr. Les paniers de soins Complémentaire santé solidaire en dentaire, optique et pour les aides auditives comportent a minima les mêmes actes que ceux prévus par les contrats 100% Santé.

Détail de la participation financière

Participation financière		
Age au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la CSS	Participation financière mensuelle	Participation financière annuelle
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros	96 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros	168 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros	252 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros	300 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros	360 euros