

# NOTICE D'INFORMATION CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF & TNS

ÉDITION JANVIER 2023



**PAVILLON  
PRÉVOYANCE**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE  
**Ma mutuelle va plus loin**



**GROUPE  
PAVILLON PRÉVOYANCE**

# SOMMAIRE

<i>Chapitre 1 : Objet et résiliation du contrat collectif</i>	2
ARTICLE 1 : Objet du contrat	2
ARTICLE 2 : Résiliation du contrat collectif	2
<i>Chapitre 2 : Conditions d'admission, personnes garanties, renonciation et changement de situation</i>	2
ARTICLE 3 : Conditions d'admission	2
ARTICLE 4 : Personnes garanties	2
ARTICLE 5 : Renonciation au contrat	3
ARTICLE 6 : Changement de situation	3
<i>Chapitre 3 : Prise d'effet, modification et cessation de la garantie</i>	4
ARTICLE 7 : Prise d'effet de la garantie	4
ARTICLE 8 : Modification de la garantie à l'initiative de Pavillon Prévoyance	4
ARTICLE 9 : Cessation de la garantie	4
ARTICLE 10 : Prescription	4
<i>Chapitre 4 : Garantie frais de santé</i>	5
ARTICLE 11 : Exclusions et déchéance de garantie	5
ARTICLE 12 : Prise en charge	5
ARTICLE 13 : Devis pour frais dentaires ou d'optique	5
ARTICLE 14 : Formalités de règlement des prestations	
ARTICLE 15 : Soins réalisés à l'étranger et Soins réalisés par les adhérents relevant de la Caisse des Français à l'étranger	
<i>Chapitre 5 : Cotisations</i>	6
ARTICLE 16 : Paiement des cotisations	6
ARTICLE 17 : Evolution des cotisations	6
ARTICLE 18 : Défaut de paiement	6
ARTICLE 19 : Exonération de cotisation santé	7
<i>Chapitre 6 : Subrogation et contrôle médical</i>	7
ARTICLE 20 : Subrogation	7
ARTICLE 21 : Contrôle médical	7
<i>Chapitre 7 : Action sociale</i>	7
ARTICLE 22 : Commission d'aide sociale	7
<i>Chapitre 8 : Médiation et traitement des réclamations</i>	7
ARTICLE 23 : Médiation et traitement des réclamations	7
<i>Chapitre 9 : Informations légales</i>	8
ARTICLE 24 : Protection des données à caractère personnel	8
<i>Chapitre 10 : Descriptif des garanties</i>	8
ARTICLE 25 : Descriptif des prestations	8
ARTICLE 26 : Assistance santé	12
ARTICLE 27 : Prestations supplémentaires	13
ARTICLE 28 : Prestations contrat responsable et solidaire	13
ARTICLE 29 : Réseau de soins Itelis	15
<i>Chapitre 11 : Autorité de contrôle</i>	

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 ET RESILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

#### Article 1 : Objet du contrat

Le contrat est un contrat collectif facultatif, ce qui signifie qu'il est conclu entre Pavillon Prévoyance, d'une part, et une association souscriptrice d'autre part. En matière de contrats collectifs à adhésion facultative, les personnes intéressées peuvent adhérer à l'association souscriptrice afin de bénéficier des dispositions du contrat.

La complémentaire santé souscrite auprès de Pavillon Prévoyance vous assure le versement de prestations complétant les remboursements de la Sécurité sociale dans les limites précisées pour chaque acte médical. Votre complémentaire santé respecte le cahier des charges des contrats responsables. Le contenu et les limites de votre complémentaire santé sont présentés dans cette notice d'information.

#### Article 2 : Résiliation du contrat collectif par le souscripteur

Le contrat prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux du souscripteur, si elle est signifiée à Pavillon Prévoyance au moins deux mois avant la date d'échéance. Au-delà du douzième (12<sup>ème</sup>) mois d'adhésion, les représentants légaux du souscripteur peuvent résilier à tout moment, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par Pavillon Prévoyance de la demande de résiliation.

## Chapitre 2

### CONDITIONS D'ADMISSION, PERSONNES GARANTIES, RENONCIATION ET CHANGEMENT DE SITUATION

#### Article 3 : Conditions d'admission

La complémentaire santé est ouverte aux adhérents membres de la personne morale qui a souscrit une couverture collective auprès de Pavillon Prévoyance. **Elle est souscrite dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour une durée d'un an.** La carte mutualiste de tiers payant justifie de votre ouverture de droits sur la période de couverture.

#### Article 4: Personnes garanties

##### L'adhérent

**Son conjoint**, concubin ou partenaire lié par un PACS ;

**Les enfants** à charge de l'adhérent jusqu'à leurs 28 ans pour les enfants relevant de l'assurance maladie obligatoire, les étudiants apprentis, demandeurs d'emploi ou en emploi précaire, ayant une rémunération inférieure à 55% du SMIC ;

**Les ascendants** de l'adhérent de son conjoint ou concubin, ainsi que des personnes dont il a la tutelle, si elles sont à sa charge et vivent sous son toit

Les bénéficiaires sont garantis s'ils figurent sur le bulletin d'affiliation de l'adhérent.

#### Documents à fournir en complément du bulletin d'affiliation

- Copie de votre attestation carte Vitale ;
- Enfant de moins de 16 ans: joindre un extrait de naissance accompagné de l'attestation Sécurité sociale du parent qui le couvre ;
- Enfant de plus de 16 ans: joindre un certificat de scolarité ou d'apprentissage, accompagné de sa propre attestation Sécurité sociale ou de celle du parent qui le couvre ;
- Conjoint: joindre une copie de son attestation Sécurité sociale et éventuellement un Relevé d'Identité Bancaire, si les prestations doivent être versées sur son compte;

- Concubin ou pacsé : joindre une attestation Sécurité sociale et de vie maritale ou la copie du PACS et éventuellement un Relevé d'Identité Bancaire, si les prestations doivent être versées sur son compte ;
- Tout justificatif permettant de vérifier la perception de l'allocation prévue par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées, si nécessaire.

### **Adjonction d'un bénéficiaire en cours de contrat**

Pour toute adjonction, il est nécessaire de compléter un nouveau bulletin d'affiliation disponible auprès de votre conseiller.

Il est nécessaire de fournir, selon le cas, les documents énoncés ci-dessus. Le nouveau bulletin d'affiliation devra être adressé au service gestion de Pavillon Prévoyance.

Dès que votre bulletin d'affiliation est retourné à Pavillon Prévoyance, vous recevrez votre carte mutualiste de tiers payant.

### **Article 5 : Renonciation au contrat**

Conformément à l'ordonnance n° 2005-648 du 6 juin 2005 relative à la commercialisation à distance de services financiers auprès des consommateurs, nous vous informons que vous bénéficiez d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires à compter de la date de votre adhésion ou de la réception de votre dossier d'adhésion, si elle est postérieure à la date d'adhésion.

En cas 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 à l'adhésion au contrat d'assurance santé que j'ai signé le ./././., conformément à l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité 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 et, 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 6: Changement de situation**

#### **• Déménagement**

Signalez votre changement d'adresse à Pavillon Prévoyance. En cas de changement de département, transmettez votre nouvelle attestation de droits à jour.

#### **• Modification de coordonnées bancaires**

Adressez à Pavillon Prévoyance un nouveau Relevé d'Identité Bancaire par courrier ou par e-mail et, si besoin, accompagné d'une demande de prélèvement SEPA pour le prélèvement de cotisations.

#### **• Changement de caisse de Sécurité sociale ou de régime**

Adressez à Pavillon Prévoyance une nouvelle attestation de droits à jour par courrier ou par e-mail.

Dans les trois situations ci-dessus, les éléments justificatifs peuvent être adressés à Pavillon Prévoyance par email à l'adresse : [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr) ou par courrier à l'Espace Relation Adhérents – Pavillon Prévoyance, 90 avenue Thiers CS21004 33072 Bordeaux Cedex.

#### **• Changement de situation familiale**

Rapprochez-vous de votre conseiller.

## Chapitre 3

# PRISE D'EFFET, MODIFICATION ET CESSATION DE LA GARANTIE

### Article 7: Prise d'effet de la garantie

Votre complémentaire santé prend effet au plus tôt à la date de réception par Pavillon Prévoyance du dossier d'adhésion complet ou à une date ultérieure indiquée sur le bulletin d'adhésion. 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<sup>er</sup> janvier qui suit l'année de la demande de changement de garantie et pour les soins postérieurs à cette date.

### Article 8: Modification de la garantie à l'initiative de Pavillon Prévoyance

Toute modification du contrat est constatée par un avenant signé des parties (Pavillon Prévoyance et le souscripteur).

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 Pavillon Prévoyance au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année.

Cependant, en cas de modification des droits et obligations des adhérents, ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion 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, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Lors de la mise en place par l'employeur de l'adhérent d'un contrat collectif à caractère obligatoire, la résiliation prend effet à la fin du mois de réception de la demande.

Au-delà de douze mois d'adhésion, l'adhérent peut solliciter la résiliation de son contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par Pavillon Prévoyance de la demande de résiliation.

### Article 10 : 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent ou l'ayant droit, que du jour où Pavillon Prévoyance 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 Pavillon Prévoyance 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 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 Pavillon Prévoyance à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou l'ayant droit à Pavillon Prévoyance, en ce qui concerne le règlement des prestations.

## Chapitre 4

### GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

#### Article 11 : Exclusions et déchéance de garantie

Sont exclus des prestations, les interventions, hospitalisations, soins :

- Résultant d'un fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
- Résultant de faits de guerre civile ou étrangère ;
- Résultants d'explosions liées à la technologie nucléaire ;
- Engagés au titre de la législation sur les pensions militaires ;
- Déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
- Engagés hors de France et non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- Ne figurant pas à la nomenclature des actes professionnels éditée par les pouvoirs publics.

*Ces exclusions ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge de votre contrat responsable et solidaire.*

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 Pavillon Prévoyance 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 : Prise en charge

Pavillon Prévoyance rembourse les frais médicaux engagés par vous-même, votre conjoint ou concubin (y compris partenaire de PACS) et vos enfants à charge, consécutifs à une maladie ou un accident.

Les prestations en espèces viennent en complément et après versement de l'assurance maladie obligatoire dans la limite des dépenses réelles. Elles sont calculées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Les actes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ne donnent lieu à aucune prestation, sauf cas précisés sur la grille de garanties. La prise en charge des frais de santé ne peut avoir lieu que si les droits du bénéficiaire sont ouverts à la date des soins.

#### Article 13 : Devis pour frais dentaires ou d'optiques

**Il est conseillé pour des frais dentaires ou d'optique de consulter plusieurs professionnels de santé.**

Avant d'accepter le devis proposé, vous pouvez envoyer une copie à Pavillon Prévoyance depuis votre espace adhérent ou par e-mail: [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr)

Sur la base des informations fournies, vous serez informé sur le montant remboursé par la Sécurité sociale et par Pavillon Prévoyance.

#### Article 14 : Formalités de règlement des prestations

**Vos prestations, à l'exclusion de celles bénéficiant du tiers Payant, vous sont versées directement.**

Les remboursements se font à partir :

- soit des données télétransmises par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la procédure NOEMIE, dans ce cas, la mention « décompte transmis à votre mutuelle » figure sur votre décompte d'assurance maladie obligatoire;
- Soit des originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire, soit des factures acquittées et datées qu'il vous appartient d'adresser à Pavillon Prévoyance.

**Seuls les soins postérieurs à la date d'effet de l'adhésion sont remboursables.**

Pavillon Prévoyance ne rembourse pas le ticket modérateur lorsque celui-ci est pris en charge en totalité par l'assurance maladie obligatoire.

Vous devez transmettre votre demande de remboursement, sous peine de forclusion, dans un délai maximum de Deux ans à compter de la date de réalisation de l'acte médical

**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 Noémie<sup>1</sup> ;
- 6 jours, sans télétransmission Noémie.

**6 jours, hors délai bancaire.**

**ARTICLE 15 : 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 5

### Cotisations

**Article 16: Paiement des cotisations**

Les cotisations sont dues pour l'année civile.

---

<sup>1</sup> 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.

Les cotisations sont appelées par un avis d'appel de cotisation annuel adressé à l'adhérent, et 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 17: Evolution des cotisations**

La cotisation santé varie d'une part en fonction des garanties et options santé souscrites par l'adhérent et ses ayants droit, d'autre part en fonction :

- De leur âge : tranches d'âge selon garantie
- De leur département de domiciliation
- de leur régime obligatoire : général et travailleur non salarié, Alsace-Moselle

En cas de modification de l'une des situations ci-dessus, le montant de la cotisation est modifié au 1<sup>er</sup> jour de l'année qui suit la date de l'événement.

La cotisation peut être modifiée annuellement et, de façon exceptionnelle, revalorisée en cours d'année, en cas d'évolution de la réglementation applicable. A cette cotisation s'ajoutent les éventuelles taxes de nature réglementaire en vigueur.

#### **Article 18: 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. Faute de paiement dans les trente jours qui suivent la mise en demeure, la Mutuelle suspend les garanties de l'adhérent et de ses ayants droit. Effets de la suspension de la garantie : les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins se situe dans cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge.

Au cas où la cotisation aurait été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

En cas de non-paiement dans le délai de trente jours : Pavillon Prévoyance peut résilier la garantie dix jours après l'expiration de ce délai. La cotisation annuelle restant due, Pavillon Prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité des cotisations majorées des frais de recouvrement par tout moyen à sa convenance.

En cas de paiement avant résiliation : la garantie reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Effets de la suspension : les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins se situe dans cette période ne peuvent donner lieu à une prise en charge au titre du présent contrat.

#### **Article 19 : Exonération de cotisation santé**

Peuvent bénéficier d'une exonération de cotisation santé :

Le conjoint ou concubin survivant et ses ayants droit en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint adhérent.

Les cotisations sont prises en charge sur simple demande pendant une période de 6 mois, sur la base de la garantie (du conjoint, concubin ou ayant-droit) en cours à la date du décès.

## *Chapitre 6*

### **SUBROGATION ET CONTRÔLE MÉDICAL**

#### **Article 20 : Subrogation**

Pavillon Prévoyance est subrogé 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 Pavillon Prévoyance 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 Pavillon Prévoyance entraîne - de fait - délégation de l'adhérent ou de l'ayant droit au profit de Pavillon Prévoyance 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 Pavillon Prévoyance a fait l'avance.

#### **Article 21 : Contrôle médical**

Pavillon Prévoyance 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 Pavillon Prévoyance.

Avant ou après le paiement des prestations, Pavillon Prévoyance 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 7*

### **ACTION SOCIALE**

#### **Article 22 : Commission d'Aide Sociale**

Des aides exceptionnelles peuvent être accordés 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*

### **MEDIATION ET TRAITEMENT DES RECLAMATIONS**

#### **Article 23 : Médiation et traitement des réclamations**

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 accompagnée des justificatifs à : PAVILLON PRÉVOYANCE - Service Réclamations - 90 avenue Thiers CS21004 33072 Bordeaux Cedex.

Le Service réclamations accusera réception de la demande dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de sa réception, 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 de réception du courrier de réclamation.

Tout différend survenant entre la Mutuelle et l'adhérent à la suite du traitement d'une réclamation pourra être soumis par l'adhérent, sera 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 FNMF, 255 rue de Vaugirard 75 719 PARIS CEDEX 15
- Soit directement via le site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

## Chapitre 9

### INFORMATIONS LÉGALES

#### Article 24: 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>

## Chapitre 10

### DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

#### Article 25: Descriptif des prestations

**Les bénéficiaires des garanties sont couverts dans le respect du parcours de soins coordonnés.**

**Selon votre niveau de garantie (se reporter au descriptif de votre garantie), vous bénéficiez des prestations ci-dessous.**

#### Article 25.1: Hospitalisations

Pavillon Prévoyance prend en charge les frais correspondants à des actes inscrits à la nouvelle nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Pavillon Prévoyance n'intervient qu'après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le tarif pris en charge par Pavillon Prévoyance varie selon qu'il s'agit d'un établissement conventionné ou non conventionné.

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

##### • 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* : Pavillon Prévoyance 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.

##### • Chambre particulière avec nuitée 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, Pavillon Prévoyance prend en charge ou rembourse la chambre particulière avec nuitée.

- *Chambre particulière sans nuitée* : lorsque la garantie le prévoit, Pavillon Prévoyance prend en charge 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).

##### • Frais d'accompagnement

Pour toute hospitalisation prise en charge Pavillon Prévoyance 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 fiche d'information de la garantie.

##### • 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.

#### • 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.), le montant total des honoraires, le montant du dépassement.

#### EXCLUSION

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

#### Article 25.2 : Soins courants et pharmacie

Pavillon Prévoyance **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

#### **Pavillon Prévoyance 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/>).

#### **Pavillon Prévoyance 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

#### Article 25.3: Soins dentaires

Pavillon Prévoyance **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**

Pavillon Prévoyance 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	Greffe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents,
HBED024	TDS	Greffe 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

**Article 25.4: Appareillage**

Pavillon Prévoyance **prend en charge au titre de l'appareillage :**

- Le petit appareillage médicalement prescrit et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire,
- Les dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide à la vie figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Conditions de prise en charge : le taux de remboursement 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.

## **EXCLUSION**

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

### **Article 25.5 : Optique**

Pavillon Prévoyance **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 (article 22), 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**

Equipement solaire sauf prescription médicale contraire

### **Article 24.6: Médecine douce, prévention, cure themale**

**Les forfaits annuel bien-être et prévention sont attribués dans les limites figurant sur la fiche 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 spécialiste ou généraliste,
- 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.

### **Forfait cure thermale**

**Pavillon Prévoyance 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,
- Justificatif des frais de transport et d'hébergement.

### **EXCLUSION**

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

### **Article 25.7 : Prothèses capillaires, mammaires, oculaires**

Pavillon Prévoyance **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

#### **Article 26: 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'assisteur.

Dans ce cas de figure, Pavillon Prévoyance informe le souscripteur et l'adhérent de la nouvelle dénomination de l'assisteur et remet au souscripteur la nouvelle notice d'information de la garantie assistance.

#### **Article 27: 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**

Garantie souscrite par LA MUTUELLE auprès de HARMONIE MUTUELLE. Voir notice spécifique.

#### **Article 28 : 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.<sup>2</sup>
- 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
- 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.

Les frais d'acquisition des prestations et équipements de classe B sont pris en charge dans les conditions suivantes :

---

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

a) Homéopathie,

b) Cures thermales,

c) Médicaments remboursés à 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

- a) Au minimum 50 € et au maximum 420 € par équipement à verres simples<sup>3</sup>
- b) Au minimum 125 € et au maximum 560 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c).
- c) Au minimum 200 € et au maximum 700 € par équipement à verres complexes<sup>4</sup>
- d) Au minimum 125 € et au maximum 610 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f)
- e) Au minimum 200€ et au maximum 750€ par équipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f)
- f) Au minimum 200€ et au maximum 800€ par équipement à verres très complexes<sup>5</sup>

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,

---

<sup>3</sup> **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

<sup>4</sup> **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

<sup>5</sup> **Verres très complexes** : verres unifocaux ou progressifs

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

- 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.

**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.**

## **attention !**

**Les prestations versées par PAVILLON PRÉVOYANCE ajoutées à celles versées par tout autre organisme ne peuvent, en aucun cas, être supérieures à vos dépenses réelles.**

**Article 29: Réseau de soins Itelis (Service détaillé sur le dépliant Réseau de soins Itelis et sur [www.pavillon-prevoyance.fr/reseau-de-soins](http://www.pavillon-prevoyance.fr/reseau-de-soins))**

## *Chapitre 11*

### **Autorité de contrôle**

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<sup>er</sup> janvier 2022, et vient à échéance le 31 décembre de l'année civile en cours.

Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> 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](mailto: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](http://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.