

NOTICE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

GAMME MGC SANTÉ TNS
(GARANTIES TNS, EXPERTS-COMPTABLES / AVOCATS, TNS ÉQUILIBRE)

Applicable au 01/01/2017



NOTICE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Gamme MGC SANTÉ TNS

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
ARTICLE 1 – BÉNÉFICIAIRES.....	4
ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION.....	4
ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 4 – AFFILIATION DES AYANTS DROIT.....	6
ARTICLE 5 – CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIE.....	6
ARTICLE 6 – MISE A JOUR DES INFORMATIONS.....	6
ARTICLE 7 – MODALITÉS DE RÉSILIATION.....	6
ARTICLE 8 – CESSATION DES GARANTIES ET CONSÉQUENCES.....	7
CHAPITRE II – PRESTATIONS	7
ARTICLE 9 – CONTRAT RESPONSABLE ET OBJET DES GARANTIES.....	7
ARTICLE 10 – NATURE DES PRESTIONS REMBOURSÉES.....	8
ARTICLE 11 – PRÉCISIONS SUR CERTAINES PRESTATIONS PRÉVUES DANS LA GARANTIE.....	8
ARTICLE 12 – PRESTATIONS EN INCLUSION A LA GARANTIE SANTE.....	11
ARTICLE 13 – LIMITE DE REMBOURSEMENTS.....	11
ARTICLE 14 – EXCLUSIONS.....	11
ARTICLE 15 – VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	12
CHAPITRE III – COTISATIONS	12
ARTICLE 16 – DÉTERMINATION DE LA COTISATION.....	12
ARTICLE 17 – PAIEMENT DE LA COTISATION.....	13
ARTICLE 18 – LOI MADELIN : DÉDUCTIBILITÉ DE LA COTISATION.....	13
ARTICLE 19 – NON PAIEMENT DE LA COTISATION.....	13
CHAPITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	13
ARTICLE 20 – AJUSTEMENT DES GARANTIES.....	13
ARTICLE 21 – FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.....	13
ARTICLE 22 – SUBROGATION.....	13
ARTICLE 23 – PRESTATIONS INDUES.....	14
ARTICLE 24 – PRESCRIPTION.....	14
ARTICLE 25 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER.....	14
ARTICLE 26 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	14
ARTICLE 27 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION.....	14
ARTICLE 28 – ORGANISME DE CONTRÔLE.....	14

DÉFINITIONS

Les termes inscrits dans la présente notice ont la signification suivante :

Actes Hors Nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Contrat d'accès aux soins (CAS) : option souscrite par les médecins généralistes ou spécialistes visant à encadrer les dépassements d'honoraires. Dans le cadre de la réforme du contrat responsable (décret 2014-1374 du 18/11/2014), les organismes complémentaires santé doivent différencier les remboursements en cas de recours ou non à un professionnel de santé ayant souscrit cette option dans les conditions et limites fixées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Délai d'attente (ou période de stage) : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'Adhérent cotise. Elle commence à courir à compter du jour de l'adhésion des bénéficiaires de la garantie.

Dépassement d'honoraires : part des honoraires qui se situe au delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Forfait journalier : somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Franchise : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
Les franchises ne sont pas remboursées dans le cadre des contrats responsables.

Médecin traitant : médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire, afin de bénéficier du parcours de soins et être remboursé normalement par la Sécurité sociale.

Nomenclature : document qui codifie les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins : circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Remboursement de la Sécurité sociale :

- *Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) :* représente l'assiette du calcul des remboursements de la Sécurité sociale.
- *Ticket modérateur (TM) :* il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Tiers payant : il évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins (pharmaciens...). Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

CADRE JURIDIQUE

Ce contrat est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit auprès de la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), par l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) (« Souscripteur ») au profit de ses membres, ayant la qualité de travailleurs non salariés (« Adhérents »). Il a pour objet de garantir, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux exposés par l'Adhérent et ses ayants droit dans la limite des garanties et des niveaux choisis.

Ce contrat d'une durée d'un an à reconduction tacite, est régi par le Code de la Mutualité (article L.221-2 III 1° du Code de la Mutualité). L'ANIP (Association Loi 1901) ayant délégué en son nom la gestion du contrat à la MGC, cette dernière demeure le seul interlocuteur du travailleur non salarié (TNS), qui adhère individuellement à l'une des garanties suivantes : garantie TNS ou garantie Experts-Comptables/Avocats ou garantie TNS ÉQUILIBRE.

Sauf dispositions contraires, les formules de garantie santé visées au présent contrat sont éligibles à la loi 94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin », sous réserve que l'Adhérent satisfasse aux conditions requises fixées à l'article 154 bis du Code Général des Impôts.

Établie conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, la présente notice d'information définit les engagements réciproques des parties, les modalités et conditions d'application des garanties complémentaires santé ainsi que, notamment, les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - BÉNÉFICIAIRES

Peut bénéficier des garanties de la gamme MGC SANTÉ TNS, toute personne physique âgée d'au moins 18 ans, résidant en France, ayant le statut de travailleur non salarié (TNS) en activité et remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être affiliée au régime obligatoire d'assurance maladie français des travailleurs non salariés non agricoles (RSI) ou, à titre dérogatoire au régime général et relever au titre de son activité professionnelle du régime d'imposition, soit de l'article 62 du Code Général des Impôts, soit de l'impôt sur le Revenu dans la catégorie des Bénéfices Industriels et commerciaux (BIC) ou des Bénéfices Non Commerciaux (BNC) ;
- être à jour du paiement des cotisations auprès des régimes de protection sociale obligatoire non agricole des travailleurs non-salariés ou assimilés si elle souhaite bénéficier du dispositif de la Loi Madelin ;
- être membre de l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) ; cette adhésion à l'ANIP est concomitante à l'adhésion à la MGC. Les statuts de l'ANIP sont adressés par la MGC sur simple demande écrite du TNS.

Le travailleur non salarié qui fait acte d'adhésion au contrat acquiert la qualité de « membre participant » de la MGC. Il est désigné dans la présente notice « l'Adhérent ».

L'Adhérent peut procéder à l'inscription des membres de sa famille comme ayants droit bénéficiaires, sous réserve de les inscrire à la même formule que celle qu'il a choisie.

Sont considérés comme ayants droit :

- **Le conjoint** : non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ayant ou non une activité professionnelle ;

- **Le concubin** au sens de l'article 515-8 du Code Civil ayant ou non une activité professionnelle ;

- **Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)** ayant ou non une activité professionnelle ;
Est considérée comme partenaire de PACS, la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil.

- Les enfants à charge :

Est considéré comme enfant à charge tout enfant légitime, naturel, reconnu ou adopté à charge de l'Adhérent ou à la charge de son conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, de son concubin ou partenaire de PACS jusqu'à son 31 décembre de l'année de son 25^e anniversaire ou jusqu'à son 28^e anniversaire, s'il poursuit ses études secondaires. Par ailleurs, sont considérés comme enfant à charge, quel que soit leur âge, les enfants atteints d'un handicap, défini à l'article L.241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les ayants droit bénéficiaires de la garantie ont la qualité de membres bénéficiaires de la Mutuelle MGC.

ARTICLE 2 - MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment rempli. La signature du bulletin d'adhésion par l'Adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, de la présente notice et de la notice d'information Assistance.

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé par l'Adhérent ;
- une photocopie de l'attestation des droits à l'assurance maladie obligatoire de l'Adhérent et des ayants droit inscrits ;
- une attestation de paiement des cotisations auprès des régimes de protection sociale obligatoire non agricole des travailleurs non salariés.
- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité de l'Adhérent ;
- un extrait KBIS ou toute autre pièce officielle justifiant du statut de travailleur non salarié non agricole ;
- un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le

- versement des prestations ;
- un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le paiement des cotisations ;
- le cas échéant, un certificat de radiation à une précédente mutuelle daté de moins de deux mois ;
- pour les enfants de 25 à 28 ans affiliés et poursuivant leurs études, un certificat de scolarité en cours de validité et une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal ;
- pour les enfants atteints d'un handicap, la production d'une pièce justifiant du handicap (ex : attestation CDAPH).

Sur le bulletin d'adhésion et selon l'activité professionnelle exercée ainsi que le réseau de distribution concerné, l'Adhérent opte pour l'une des trois garanties suivantes :

- Garantie TNS ;
- Garantie Experts Comptables - Avocats.
- Garantie TNS Équilibre, distribuée par le réseau de courtiers de la Mutuelle.

Au sein de chaque garantie, l'Adhérent fait le choix de l'une des formules suivantes : HOSPI, Niveau ECO, Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3, Niveau 4, Niveau 5.

Le choix de la formule de garantie complémentaire santé s'applique à l'ensemble des bénéficiaires inscrits.

Dans le cadre d'une adhésion en ligne, le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA sont signés électroniquement et de façon distincte. Les pièces justificatives sont adressées, soit de façon dématérialisée, soit le cas échéant par courrier. Sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion en ligne, l'Adhérent reçoit un e-mail de confirmation à l'adresse électronique qu'il a communiquée, attestant de son adhésion.

En tout état de cause, l'Adhérent s'oblige à produire à la Mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire à l'adhésion.

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle est matérialisé par l'édition d'un certificat d'adhésion et l'envoi d'une carte de tiers payant en deux exemplaires.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

3.1 Date d'effet, durée, renouvellement

L'adhésion et le bénéfice des garanties prennent effet selon les modalités suivantes :

- au 1^{er} jour du mois en cours si le dossier complet

- d'adhésion parvient au siège de la Mutuelle avant le 10 du mois ;
- au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire.

Toutefois, si le membre participant et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficiaires produit(sent) un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, la date d'effet de l'adhésion s'effectue au 1^{er} jour du mois suivant la radiation, sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle des cotisations liées à la période concernée.

Dans le cas d'une adhésion en ligne, l'adhésion prend effet, soit au 1^{er} jour du mois suivant la signature électronique de l'adhésion, soit au 1^{er} jour de la date sélectionnée lors du processus d'adhésion, sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion et du bon encaissement de la première cotisation.

La prise d'effet des garanties, mentionnée au certificat d'adhésion est subordonnée, d'une part, à la réception d'un dossier d'adhésion signé et complet comprenant l'ensemble des pièces justificatives demandées et d'autre part, du bon paiement de la première cotisation.

L'adhésion à la garantie complémentaire santé est valable pour une année civile, soit du 1^{er} jour de l'adhésion jusqu'au 31 décembre. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins deux mois avant l'échéance annuelle.

Les garanties acquises sont viagères sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié au régime de Sécurité sociale des travailleurs non salariés non agricoles ou en cas de cessation des garanties.

Le droit aux prestations s'applique à compter de la prise d'effet des garanties, sauf **délaï de stage visé à l'article 10.2**.

3.2 Faculté de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion, si cette dernière est intervenue suite à un démarchage à domicile ou a été conclue à distance, dans les conditions ci-après :

En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un

démarchage (domicile, lieu de travail...) ou intervenue par **vente à distance** (ex : internet) dans les conditions visées à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, l'Adhérent dispose, d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de l'envoi par la Mutuelle du certificat d'adhésion ou du mail de confirmation d'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle.

Pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle, l'Adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous et **doit joindre, impérativement, les deux exemplaires de sa carte de tiers payant** en cours de validité :

*Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse et numéro d'adhérent), demeurant..... déclare renoncer à mon adhésion à la garantie complémentaire santé MGC SANTE TNS - Formule.....conclue le XXX auprès de la MUTUELLE MGC ;
Fait lesignature*

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les rembourse à l'Adhérent dans un délai de trente jours.

ARTICLE 4 - AFFILIATION DES AYANTS DROIT

L'Adhérent peut inscrire ses ayants droit, soit concomitamment à son adhésion, soit ultérieurement, sous réserve qu'ils remplissent les conditions fixées à l'article 1.

L'adjonction d'un ayant droit prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande écrite, à l'exception de l'inscription d'un nouveau né qui intervient au jour de naissance si l'adhésion est réalisée dans les 30 jours de l'évènement.

ARTICLE 5 - CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIE

Après une année d'adhésion, l'Adhérent peut modifier à la hausse ou à la baisse sa formule de garantie, sous réserve d'en informer préalablement la Mutuelle par lettre simple dûment signée avant le 31 décembre de l'année en cours. Ce changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la

date de la demande. Aucun délai de stage n'est appliqué. En cas de changement de formule, l'ancienneté acquise par le bénéficiaire au sein de la formule initiale souscrite n'est pas prise en compte dans le cadre de la revalorisation du plafond des « prothèses dentaires » et des « inlay onlay » prévu au titre de la nouvelle garantie.

ARTICLE 6 - MISE À JOUR DES INFORMATIONS

L'Adhérent doit informer par lettre la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement de toute modification dans sa situation ou de celle de ses ayants droit bénéficiaires, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations. Il en est ainsi notamment des changements suivants :

- de profession ou de statut professionnel ;
- de situation familiale ou de la composition familiale ;
- de caisse d'assurance maladie obligatoire ou de régime de Sécurité sociale ;
- d'adresse (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ;
- de département de résidence principale : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement de résidence principale prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- de coordonnées bancaires.

Sauf indications contraires, ces modifications sont prises en compte au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier.

ARTICLE 7 - MODALITÉS DE RÉSILIATION

7.1 Résiliation des garanties

> Au 1^{er} janvier de chaque année

L'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard.

> En cas de modifications dans les droits et obligations

En application de l'article L 221-6 du Code de la Mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations, l'Adhérent peut dénoncer, par courrier recommandé, son adhésion en raison de ces modifications dans le délai d'un mois à compter de la remise d'une notice rectificative.

7.2 Radiation d'un ayant droit

Avant chaque échéance annuelle, l'Adhérent peut demander la radiation de l'un ou de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une demande écrite. La radiation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. Toutefois, par dérogation, l'Adhérent peut solliciter par courrier, en cours d'année, la radiation d'un ou des ayants droit bénéficiaires, avec effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande, pour les cas suivants :

- si l'ayant droit ne remplit plus les conditions d'adhésion visées à l'article 1 ;
- en cas de changement de la situation familiale en raison d'une séparation ou d'un divorce : dans ce cas, la radiation peut viser le conjoint, le concubin ou le partenaire du PACS et/ou ses ayants droit bénéficiaires.

En cas de décès de l'ayant droit bénéficiaire, la radiation prend effet au 1^{er} jour qui suit l'évènement sous réserve que l'information et l'extrait d'acte de décès soient communiqués dans les trois mois qui suivent l'évènement. À défaut, la prise d'effet de la radiation intervient au 1^{er} jour du mois qui suit la complétude de la demande.

ARTICLE 8 - CESSATION DES GARANTIES ET CONSÉQUENCES

Les garanties cessent :

- en cas d'exercice par l'Adhérent de sa faculté de renonciation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ;
- en cas de perte de la qualité de membre du Souscripteur ;
- en cas de résiliation de la garantie par l'Adhérent, laquelle entraîne, à la même date, la cessation des garanties des ayants droit inscrits.
- en cas de non paiement des cotisations par l'Adhérent ;
- au dernier jour du mois du décès de l'Adhérent ;
- au dernier jour du mois où l'Adhérent ne remplit plus les conditions d'adhésion fixées à l'article 1 ; l'adhésion est maintenue en cas de liquidation de la pension d'assurance vieillesse de l'Adhérent au titre de son activité non salariée, sauf résiliation de la garantie dans les conditions fixées à l'article 7.1 ;
- pour tous les ayants droit de l'Adhérent, à la date à laquelle ils cessent de remplir les conditions d'adhésion fixées à l'article 1 ou à la date de prise d'effet de leur radiation ;

En cas de cessation des garanties en cours de mois,

tout mois d'adhésion entamé entraîne le versement de la cotisation afférente.

Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation des garanties, à l'exception des prestations intervenues avant la date de résiliation des garanties.

Les cartes de tiers payant en cours de validité doivent être restituées à la Mutuelle dans les plus brefs délais suivant la cessation des garanties.

CHAPITRE II - PRESTATIONS

ARTICLE 9 - CONTRAT RESPONSABLE ET DÉFINITION DES GARANTIES

Les formules de garantie complémentaire santé sont solidaires (absence de questionnaire médical). À l'exception de la formule « HOSPI », les garanties s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et sont conformes au cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, modifiés par le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014.

À ce titre, le contrat responsable prend en charge :

- l'intégralité de la participation des assurés (ticket modérateur) définie à l'article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations couverts par l'assurance maladie obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention. Toutefois, cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques et dépend de la formule souscrite.
- l'intégralité du forfait journalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale en établissements de santé, sans limitation de durée.

Le contrat responsable prévoit :

- le cas échéant, l'encadrement des dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans les conditions cumulatives suivantes :
 - > la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat

d'accès aux soins ne peut excéder 100 % du tarif de responsabilité ;

- > la prise en charge des dépassements d'honoraires doit être minorée de 20% du tarif de responsabilité par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au contrat d'accès aux soins.
- l'encadrement de la prise en charge des équipements d'optique médicale selon des conditions de plannings et de plafonds fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- pour les garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.
- pour les garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

ARTICLE 10 - NATURE DES PRESTATIONS REMBOURSÉES

10.1 Caractéristiques

Les formules garantissent le remboursement des dépenses médicales consécutives à une maladie ou à un accident en complément des remboursements du régime obligatoire de l'assurance maladie française (y compris pour les soins effectués à l'étranger, sauf indications contraires), en fonction du niveau de garantie choisi et dans la limite des frais exposés. Les garanties prévoient également des prestations forfaitaires concernant des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Sous réserve de satisfaire aux conditions d'adhésion, l'Adhérent peut opter selon son activité professionnelle et le réseau de distribution concerné :

- pour la garantie TNS avec l'une des sept formules suivantes : Formule HOSPI, Formule Niveau ÉCO, Formule Niveau 1 à 5.
- pour la garantie TNS Équilibre, distribuée par le réseau de courtiers de la Mutuelle, avec l'une des sept formules suivantes : Formule HOSP I, Formule Niveau ÉCO, Formule Niveau 1 à 5.

La formule choisie vaut pour l'Adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficiaires.

Les prestations garanties au titre de chacune des gammes et formules sont définies dans l'Annexe « Tableaux des garanties ».

Les soins couverts sont ceux dont le fait générateur est postérieur à la date de prise d'effet de la garantie et compris jusqu'à la date de cessation des garanties. Est considéré comme fait générateur :

- pour les frais de santé en général : la date des soins figurant sur le décompte de remboursement de la Caisse d'assurance maladie. À défaut, la date de prescription des soins est retenue, sauf dans le cas de traitements répétitifs pour lesquels la date du traitement est prise en compte.
- pour l'hospitalisation, la date d'hospitalisation.

Certains remboursements sont plafonnés conformément aux tableaux des garanties.

10.2 Délai de stage

Le bénéfice des garanties intervient à compter de la date d'effet de l'adhésion. Par exception, selon la formule de garantie souscrite, les prestations ci-dessous sont soumises à un délai de stage :

- **Chambre particulière en établissement de santé : un mois ;**
- **Prestation « Naissance ou adoption » : neuf mois.**

Ce délai de stage est décompté à partir de la date d'effet de la garantie et s'applique à tous les bénéficiaires de la formule et, le cas échéant, lors de l'adjonction d'un bénéficiaire.

Toutefois, le délai de stage est supprimé :

- si le membre participant produit un certificat de radiation à un organisme complémentaire santé, justifiant pour lui et, le cas échéant, ses ayants droit du bénéfice de garanties au moins équivalentes à la date d'adhésion, sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption supérieure à deux mois.
- si l'adjonction du bénéficiaire concerne un nouveau né ou un enfant adopté et qu'elle intervient dans les 30 jours suivant sa naissance ou son adoption ;

Aucun remboursement de prestation n'est dû au titre de la garantie si la prestation fait l'objet d'une période de stage.

ARTICLE 11 - PRÉCISIONS SUR CERTAINES PRESTATIONS PRÉVUES DANS LES GARANTIES

• HOSPITALISATION

La garantie couvre l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire prévue à l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale et les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non.

Frais de séjour hospitaliers: la Mutuelle verse le ticket modérateur, pour les frais de séjour, en cas d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, au sein d'un établissement de santé.

Séjours en établissements non conventionnés: la base de remboursement retenue par la Mutuelle sera celle déclarée par le Régime Obligatoire sur la base des tarifs en vigueur.

Honoraires médicaux: les dépassements d'honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, dans les conditions prévues au tableau de garantie, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents au contrat d'accès aux soins.

Forfait journalier des établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours): le forfait journalier des établissements de santé est pris en charge sans limitation de durée, quelle que soit la nature de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie, convalescence), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Chambre particulière en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours): les dépenses afférentes à la chambre particulière en établissements de santé sont prises en charge dans les conditions suivantes:

- sans limitation de durée en médecine, chirurgie et obstétrique;
- **90 jours par année civile** pour les séjours en soins de suite de réadaptation et de rééducation;
- **30 jours par année civile** pour les séjours en psychiatrie.

Frais d'accompagnement: si la formule le prévoit, la Mutuelle verse, lors d'une hospitalisation pour

l'accompagnement d'un ayant droit bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, une allocation journalière dont le montant figure en annexe dans la limite de 30 jours par an et des dépenses facturées par l'établissement hospitalier. La personne hospitalisée doit être bénéficiaire de la garantie.

• CURES THERMALES

Les cures thermales en hospitalisation, non médicalement justifiées, ne donnent pas lieu à versement de prestations par la Mutuelle.

Pour les cures thermales en externat, la Mutuelle rembourse, s'il y a lieu, le ticket modérateur pour les frais de transport, d'hébergement, de surveillance médicale et les soins pris en charge par la caisse d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire.

Selon la formule de garantie, le forfait hébergement fait l'objet d'un remboursement dès lors que la cure est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et ce, même si cette dernière ne prend pas en charge l'hébergement.

• OPTIQUE

Équipement optique (une monture et deux verres)

Les formules niveau ÉCO à 5 prévoient la prise en charge d'un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans. Toutefois, la prise en charge de la Mutuelle est annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution justifiée de la vue. Ce délai s'apprécie à compter de la date d'adhésion (*exemple: l'adhésion prend effet au 1^{er} avril 2015. Le renouvellement de l'équipement optique s'opère le 1^{er} avril 2017*). Il est précisé que pour les bénéficiaires de la garantie MGC SANTE TNS qui ont adhéré avant le 1^{er} avril 2015, le point du départ du délai des deux ans débute au 1^{er} avril 2015.

Pour l'acquisition d'un équipement optique donnant lieu à un remboursement des caisses d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse:

- pour la **monture**: le ticket modérateur et un forfait, dont le montant figure en annexe et varie en fonction de la formule et du niveau de garantie souscrit. Pour chaque niveau de garantie, le montant indiqué pour la monture représente la prise en charge maximale réservée à la monture au titre de l'équipement optique.
- pour les **verres correcteurs**: le ticket modérateur et un forfait, dont le montant figure en annexe, par verre en fonction de la correction visuelle.

Entre dans la catégorie des verres simples foyer, le verre dont la sphère est comprise entre - 6,00 à + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 de dioptries.

Entre dans la catégorie des verres complexes, le verre simple dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur + 4,00 de dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs.

Entre dans la catégorie des verres très complexes, les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Il est possible de combiner les verres de la façon suivante : 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.

En tout état de cause, la prise en charge minimale de l'équipement optique par la Mutuelle ne peut être inférieure, quel que soit le niveau de garantie, aux planchers fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et s'effectue dans la limite de la dépense engagée.

Toute modification du taux de remboursement de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Lentilles (Formule niveau Éco et Niveau 1 à 5)

Pour l'acquisition de lentilles de contact, remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse un forfait annuel, dont le montant figure en annexe et varie en fonction de la formule et le niveau de garantie souscrite.

Chirurgie réfractive (Formule Niveau 1 à 5)

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale réfractive est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé en annexe, exprimé par œil et par bénéficiaire.

• DENTAIRE (Formules Niveau ÉCO et Niveau 1 à Niveau 5)

Sont couverts au titre du ticket modérateur, les soins dentaires, les soins prothétiques dentaires et dento-faciales.

Pour les prothèses dentaires donnant lieu ou non à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la prestation inlay onlay, la Mutuelle verse une participation dans la limite d'un **plafond exprimé en euros par année civile et par bénéficiaire**, dont le montant figure en annexe et qui varie en fonction de la formule choisie. Ce plafond annuel n'inclut pas la prise en charge du ticket modérateur.

La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le montant du plafond est revalorisé par rapport au montant initial de 10% la troisième année et de 20% la cinquième année d'adhésion sur la même formule choisie.

Les bénéficiaires perdent tout droit à la revalorisation du plafond dentaire en cas de changement de formule ou de ré-adhésion ultérieure après cessation des garanties.

Les remboursements au titre de l'implantologie et la parodontologie pris en charge ou non par l'assurance maladie obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par la garantie en dehors du plafond dentaire annuel mentionné ci-dessus.

Pour les soins d'orthodontie ne donnant pas lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse, par année civile un forfait par an et par bénéficiaire, si la formule le prévoit.

• NAISSANCE / ADOPTION

Sous réserve que la formule de garantie le prévoit et dans le respect des dispositions du contrat responsable, les frais médicaux liés à l'accouchement ainsi que ceux liés à une adoption, sont remboursés par la Mutuelle sous déduction des remboursements éventuels de la Sécurité sociale dans la limite du plafond fixé au tableau des garanties. La prestation est conditionnée à l'inscription du nouveau né ou de l'enfant adopté au contrat dans les conditions définies à l'article 4.

Cette prestation à caractère indemnitaire et accessoire est versée à l'Adhérent par la Mutuelle, sur présentation des factures justificatives acquittées et soit de l'acte de naissance de l'enfant soit du jugement d'adoption soit de la photocopie du livret de famille.

• SOINS A L'ÉTRANGER

Sous réserve que la formule de garantie le prévoie, les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont effectués en euros. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ou ne rentrant pas dans le cadre légal ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

ARTICLE 12 - PRESTATIONS EN INCLUSION À LA GARANTIE SANTÉ

Une garantie assistance est incluse dans les formules de garantie complémentaire santé.

L'adhésion à cette garantie est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité.

Une cotisation est due au titre de cette garantie assistance.

Une notice d'information dédiée définissant l'identité et les coordonnées de l'assureur, le contenu de la garantie assistance ainsi que ses conditions d'application est remise à l'Adhérent.

ARTICLE 13 - LIMITE DE REMBOURSEMENTS

Le remboursement des frais occasionnés par une maladie, maternité ou un accident présente un caractère indemnitaire (article L.224-8 du Code de la Mutualité).

Le total des remboursements de la Mutuelle, du régime de Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réelles engagées par les bénéficiaires.

Quelle que soit la formule souscrite, des limitations de remboursements sont prévues :

- la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours par année civile pour les séjours en soins de suite, de réadaptation et de rééducation ;
- la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par année civile pour les séjours en psychiatrie ;
- la prise en charge des frais d'accompagnant pour les bénéficiaires inscrits et âgés de moins de 16 ans est limitée à 30 jours par an ;

- les prothèses dentaires remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire et les inlay onlay interviennent dans la limite d'un plafond exprimé par année civile et par bénéficiaire dont le montant figure à l'Annexe « Tableau des garanties ».

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire » ou s'il existe un forfait par année, il s'applique à l'année civile, sauf mentions contraires.

ARTICLE 14 - EXCLUSIONS

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que des actes et prestations pour lesquels l'assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé à l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162.5 du Code de la Sécurité sociale.

Sauf mention contraire figurant dans les tableaux de garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés hors de France, sauf si la Caisse de Sécurité sociale française à laquelle l'Adhérent est affilié prend en charge les frais engagés hors de France ;
- les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale ou Classification Commune des Actes Médicaux ;
- les prothèses dentaires provisoires ou transitoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-

sociaux (ex: maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

- les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 15 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursements doivent être accompagnées notamment :

- des originaux des décomptes du régime de Sécurité sociale et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE ;
- des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de tiers payant.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

Le Tiers Payant en optique, audioprothèse et dentaire s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en Charge. À défaut, le bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.

Le Tiers Payant en optique, audioprothèse et dentaire s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en Charge. À défaut, le bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à VIAMEDIS, prestataire de la Mutuelle.

Sauf usage du tiers payant, les prestations sont versées directement par virement sur le compte bancaire du membre participant.

Sauf demande contraire du membre participant, les relevés de prestations sont dématérialisés.

CHAPITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 16 - DÉTERMINATION DE LA COTISATION

16.1 Principe

L'Adhérent s'engage au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites sur le contrat. La cotisation familiale correspond à la somme des cotisations individuelles de chaque bénéficiaire.

Les cotisations sont exprimées en euros par bénéficiaires.

Le montant de la cotisation de l'Adhérent et ses ayants droit tient compte des paramètres suivants :

- de l'âge du membre participant et le cas échéant du conjoint/concubin ou cosignataire d'un PACS inscrit au 31 décembre de l'année précédente ;
- du régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire ;
- de la composition de la famille ;
- de la formule choisie ;
- du département de résidence principale de l'Adhérent.

La cotisation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction de la formule choisie. La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant. Pour l'application de cette règle, il sera tenu compte exclusivement de l'ordre des naissances.

La cotisation familiale correspond à la somme des cotisations afférentes à chaque individu couvert.

Le montant des cotisations incluent des frais de gestion et d'acquisition (arrêté du 8 juillet 2013) et la taxe de solidarité additionnelle. La Mutuelle communique annuellement à l'Adhérent le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition.

Tout changement du taux de la taxe entraîne automatiquement une modification du montant de la cotisation.

16.2 Composition

La cotisation annuelle se compose :

- d'une cotisation forfaitaire due au titre de l'adhésion à l'ANIP, dont le paiement est fractionné mensuellement ;
- d'une cotisation santé, dont le paiement est fractionné mensuellement ;

- d'une cotisation à la garantie assistance, dont le paiement est fractionné mensuellement.

16.3 Évolution de la cotisation

La cotisation évolue automatiquement chaque 1^{er} janvier en fonction de l'âge atteint par le membre participant et le cas échéant de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS.

Le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée Générale (AG) de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'Administration et est réévalué chaque année en fonction de l'évolution des résultats techniques des garanties attachées au contrat collectif.

ARTICLE 17 - PAIEMENT DE LA COTISATION

L'Adhérent est seul tenu à l'égard de la Mutuelle au paiement de la cotisation annuelle. La cotisation est payable d'avance mensuellement par prélèvement bancaire sur le compte bancaire de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations.

Le cas échéant, la cotisation est susceptible d'être acquittée par l'entreprise de l'Adhérent selon les mêmes modalités que celles-ci-dessus fixées.

ARTICLE 18 - LOI MADELIN: DÉDUCTIBILITÉ DE LA COTISATION

L'Adhérent bénéficiaire de l'une des formules de la gamme MGC SANTE TNS, à l'exception de la formule «HOSP1» peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations, dans les limites et conditions fixées à l'article 154 bis du Code Général des Impôts. Par mandat reçu du Souscripteur, la Mutuelle délivre, chaque année à l'Adhérent une attestation fiscale. A ce titre, la Mutuelle se réserve le droit, chaque année, de solliciter auprès de l'Adhérent la production de l'attestation annuelle de paiement des cotisations au régime de protection sociale d'assurance maladie et vieillesse.

ARTICLE 19 - NON PAIEMENT DE LA COTISATION

En cas de non paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent, par lettre recommandée une mise en demeure de payer. Le non paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi

de la lettre de mise en demeure entraîne l'exclusion de l'Adhérent du contrat collectif et la résiliation de sa garantie, conformément à l'article L. 221-8 II du Code de la Mutualité.

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

Indépendamment des dispositions ci-dessus, la Mutuelle peut procéder au recouvrement de sa créance par toute voie de droit.

En cas de radiation de l'Adhérent pour non paiement des cotisations, toute demande ultérieure de ré-adhésion à la MGC doit être présentée à la Commission du Fonds de solidarité Olivier.

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 20 - AJUSTEMENT DES GARANTIES

Les cotisations et prestations peuvent être révisées en fonction de l'évolution des résultats techniques des garanties attachées au contrat collectif. De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées, à tout moment, en cas de d'évolution de la législation de la Sécurité sociale entraînant une modification des engagements de la Mutuelle (tarif de responsabilité, conditions de remboursement et de prise en charge...) ou en cas d'évolution de la législation fiscale ou sociale. Ces ajustements sont applicables à l'ensemble des bénéficiaires du présent contrat collectif.

En cas de modifications dans les droits et obligations de l'Adhérent, une notice rectificative est remise à l'Adhérent. Le Souscripteur mandate la Mutuelle pour opérer cette notification.

ARTICLE 21 - FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications. La Mutuelle peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre l'Adhérent.

Elle peut également prononcer l'annulation de l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion; dans ce cas, les cotisations

payées demeurent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 22 - SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a engagées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 23 - PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations versées indûment à un Adhérent et/ou à ses ayants droit ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition (notamment remboursement de l'indu par l'Adhérent sur les prestations à venir, le cas échéant). À défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit. Par ailleurs, la Mutuelle peut exercer tous les moyens juridiques nécessaires en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

ARTICLE 24 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'adhésion à ce contrat sont prescrites dans le délai de 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 du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

- En cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu la connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité : 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 25 - FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER

La Mutuelle peut, par le biais du Fonds de Solidarité Olivier et dans le cadre d'une dotation « action sociale » spécifique votée annuellement, attribuer des secours exceptionnels à ses membres participants confrontés à des besoins urgents en cas de maladie, de blessure exceptionnelle ou d'événements graves et exceptionnels, sous réserve de bénéficier d'une condition d'ancienneté de 12 mois, au moins. La décision est prise par cette commission au vu d'un dossier circonstancié constitué par l'Adhérent et remis au Président de la section dont il relève.

ARTICLE 26 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les informations personnelles de l'Adhérent sont recueillies dans le cadre de la gestion des garanties et peuvent être transmises aux partenaires qu'aux seules fins d'exécution des garanties. L'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Ce droit d'accès et de rectification peut s'exercer par courrier au siège de la Mutuelle.

ARTICLE 27 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de réclamation, l'Adhérent a la possibilité de saisir le service Réclamation de la Mutuelle en adressant un courrier circonstancié à l'adresse suivante : MGC – Service réclamation - TSA 91347 - 75621 PARIS CEDEX 13

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la présente notice, le membre participant peut après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, saisir le service de Médiation Fédérale de la Mutualité Française (Médiation Fédérale Mutualiste - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15 ou mediation@mutualite.fr).

ARTICLE 28 - ORGANISME DE CONTRÔLE

La Mutuelle Générale des Cheminots est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.



Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité.
SIREN 775 678 550. Siège social : 2 et 4 place de l'Abbé Georges-Hénocque 75637 Paris Cedex 13
Réf. : Santé-TNS-Notice-2017_11-2016

