

Règlement mutualiste

Gamme Sur-complémentaire Santé ADIMUT

En vigueur à partir du 1^{er} juillet 2024



Table des matières

DÉFINITIONS	5
INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
ARTICLE 1 – CONDITIONS D'ADHÉSION	6
ARTICLE 2 – FORMALITÉS D'ADHÉSION	6
ARTICLE 3 – DATE D'EFFET	6
ARTICLE 4 – STAGES	6
ARTICLE 5 – MISE A JOUR DES INFORMATIONS	7
ARTICLE 6 – CHANGEMENT DE FORMULE	7
ARTICLE 7 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS, SUSPENSION DU DROIT AUX PRESTATIONS, RADIATION	7
ARTICLE 8 – DÉMISSION	7
ARTICLE 9 – COTISATIONS	8
ARTICLE 10 – DISPOSITIONS DIVERSES	8
CHAPITRE 2 : PRESTATIONS	9
ARTICLE 11 – OBJET DE LA COUVERTURE	9
ARTICLE 12 – DROIT AUX PRESTATIONS	9
ARTICLE 13 – LIQUIDATION DES DROITS	10
ARTICLE 14 – EXCLUSIONS	10
ARTICLE 15 – GESTION DES INDUS-SUBROGATION	10
ARTICLE 16 – DEMANDES D'ESTIMATION DE RESTE A CHARGE	10
ARTICLE 17 – RELEVÉS DE PRESTATIONS	10
ARTICLE 18 – NON CUMUL DE GARANTIES	11
ANNEXE 1	11
Tableau des cotisations	11

DÉFINITIONS

Les termes inscrits dans le présent règlement ont la signification suivante :

100 % Santé : Dispositif par lequel les Adhérents et Ayants droit couverts par un contrat de Complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les Complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100 % santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ». Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Synonyme : réforme des soins et des équipements sans reste à charge, réforme des soins et des équipements à prise en charge renforcée

Actes Hors Nomenclature : actes et prestations n'étant pas inscrits sur la liste des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ces actes sont codifiés HN.

Adhésion : désigne le lien contractuel entre le membre participant et la Mutuelle découlant de la souscription à titre individuel d'une garantie Complémentaire santé.

Adhérent : désigne le membre participant qui fait acte d'adhésion à la Mutuelle par la souscription à titre individuel d'une garantie Complémentaire santé.

Ayant droit : personne bénéficiant des prestations de la Mutuelle du fait de son lien de parenté avec le Membre participant.

Base de remboursement (BR) : assiette servant de base de calcul des prestations en nature servies par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Contrat « responsable » : contrat d'assurance complémentaire de frais de soins de santé respectant le cahier des charges, prévu aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, afin de bénéficier d'un traitement social et fiscal de faveur.

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 du ou des bénéficiaires de la garantie.

Conjoint : époux ou épouse de l'Adhérent, non séparé de corps par un jugement définitif.

Concubin : personne qui vit en couple avec l'Adhérent au sens de l'article 515-8 du Code Civil.

Co-signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) : 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.

Dépassement d'honoraires : part des honoraires

excédant la base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie Obligatoire. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérents à l'OPTAM (obligation contrat responsable).

Donnée à caractère personnel : toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Est réputée être une « personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Établissements de soins de suite : l'offre de soins en SSR s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques.

La liste complète des centres de Soins de Suite et de Réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social.com.

Forfait journalier hospitalier : participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé.

Franchises médicales : sommes forfaitaires déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, et exclues du remboursement complémentaire.

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraire limite de facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

Honoraires médicaux : honoraires dus aux professionnels de santé (généralistes, spécialistes et radiologues) pour les consultations, visites et actes techniques médicaux hors hospitalisation.

Honoraires paramédicaux : honoraires dus aux auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...).

Lentilles (ou lentilles de contact) : les lentilles de contact sont des prothèses optiques posées sur la cornée. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. S'agissant des lentilles non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire, seules les lentilles correctrices et/ou thérapeutiques sont remboursées par la Mutuelle.

Liste des produits et prestations (LPP) : liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et faisant partie de la nomenclature.

Médecin traitant : médecin déclaré comme tel auprès de l'assurance maladie obligatoire par tout assuré de plus de 16 ans, ou par ses représentants légaux lorsque l'assuré est âgé de moins de 16 ans.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Générale des Cheminots, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR.

OPTAM et OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire

maîtrisée prévus par la convention médicale et visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co), en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Parcours de soins coordonnés : c'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

Prix limite de vente : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente aux Adhérents et à leurs Ayants droit. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La Base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont, depuis respectivement 2019 et 2020, des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Adhérents et leurs Ayants droit puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements

Soins de suite et de réadaptation (SSR) : soins ayant vocation à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les missions principales des SSR sont la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.

Support durable : Constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité à l'Adhérent ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Ticket modérateur (TM) : participation des assurés, non remboursée par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, égale à la différence entre la Base de remboursement (BR) et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, avant déduction d'une éventuelle participation forfaitaire ou franchise.

Tiers payant : dispense d'avance de frais par les Bénéficiaires. Ces derniers sont payés directement

par les Assurances Maladie Obligatoire et/ou Complémentaire auprès des professionnels où ils ont été engagés.

INTRODUCTION

Le présent règlement a pour objet, en application de l'article L 114-1 alinéa 5 du code de la Mutualité et de l'article 6 des Statuts de la Mutuelle Générale des Cheminots (ci-après la « Mutuelle »), de définir le contenu et la durée des engagements contractuels existants entre la Mutuelle et chaque Membre participant personne physique, en ce qui concerne les cotisations et les prestations auxquelles ils peuvent prétendre eux-mêmes ou leurs Ayants droit dans le cadre d'une assurance Sur-complémentaire santé (la « Sur-complémentaire »), venant compléter l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et l'Assurance Maladie Complémentaire (la « Complémentaire »).

La Mutuelle est régie par le code de la Mutualité, et notamment par son Livre II, et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR – 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

Dès lors qu'un Membre participant adhère au présent règlement, il est désigné ci-après, eu égard aux garanties auxquelles il souscrit, « l'Adhérent », et ses Ayants droit des garanties visées aux présentes, y compris lui-même, les « Bénéficiaires ».

Le présent règlement est régi par la loi française. Il est adopté par l'Assemblée générale de la Mutuelle et ne peut être modifié que par cette dernière.

Il s'impose à tout Membre participant de la Mutuelle ayant signé un bulletin d'adhésion à la garantie visée ci-après à titre individuel (ci-après « l'Adhérent ») et est opposable à ses Ayants droit.

Toute modification des prestations et/ou cotisations définies au bulletin d'adhésion et au présent règlement est de la compétence exclusive de l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration. Chaque année, l'Assemblée générale peut conférer au Conseil d'administration, pour une durée maximum d'une année, tous pouvoirs pour fixer les montants et/ou taux des cotisations et des prestations.

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – CONDITIONS D'ADHÉSION

1 – Les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 9 et 10 des Statuts de la Mutuelle et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion, conformément aux dispositions de l'article L.221-1 et L.221-2 II du code de la Mutualité, acquièrent dans ce cadre la qualité de Membres participants ou Ayant droit Bénéficiaires de la Mutuelle au sens de l'article 10-25 des Statuts de cette dernière.

Un Membre participant peut procéder à l'inscription de ses Ayants droit sous réserve de les inscrire à la même formule que celle choisie pour lui-même.

La durée minimum d'adhésion et de cotisation à la Sur-complémentaire est de douze mois à compter de la date de ladite adhésion.

2 – Les Bénéficiaires sont des personnes physiques affiliées à un régime de base obligatoire d'Assurance Maladie Française (AMO) à titre personnel ou en qualité d'Ayant droit (époux, concubin, co-signataire d'un pacte civil de solidarité ou enfant jusqu'à 25 ans d'un Membre participant lui-même Bénéficiaire) et bénéficiant, en outre, à titre personnel, ou en qualité d'Ayant droit, d'une Assurance Complémentaire Santé (la « Complémentaire »), valide pendant toute la durée de l'adhésion aux présentes.

La Complémentaire doit être une Assurance Maladie Complémentaire, souscrite à titre obligatoire par le Bénéficiaire ou la personne dont il tient ses droits (sont donc exclues les complémentaires dites

Complémentaire Santé Solidaire - CSS), garantissant une prise en charge des dépenses de santé en complément de celle l'AMO.

La Complémentaire doit, en cumulé avec l'AMO, assurer un complément de remboursement portant la prise en charge des dépenses de santé ouvrant droit à la Sur-complémentaire au titre des présentes à un minimum de cent pour cent (100%) de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les dépenses de santé concernées, dépense par dépense.

ARTICLE 2 – FORMALITÉS D'ADHÉSION

3 – 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. Préalablement à l'adhésion, il est remis sur support durable (papier ou électronique) une fiche d'information décrivant les droits et obligations réciproques du Membre participant et de la Mutuelle, le document retraçant les besoins et exigences du Membre participant et le conseil qui lui a été donné, ainsi que le « document d'information normalisé sur le produit d'assurance ». La signature du bulletin d'adhésion par l'Adhérent emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

Pour être recevable, le dossier d'adhésion doit comprendre les pièces suivantes :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par l'Adhérent,
- Le document retraçant les besoins et exigences du Membre participant ainsi que le conseil qui lui a été donné dûment complété, daté et signé par l'Adhérent ;
- Une copie de l'attestation des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire de l'Adhérent ;
- Si l'Adhérent souhaite que la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour son compte, le mandat dûment complété et signé ainsi que la copie de sa carte de tiers payant ou de son précédent contrat à une garantie de Complémentaire santé ;
- Le cas échéant, l'attestation de résiliation remise par l'assureur précédent sur laquelle figure la date d'effet de la résiliation ;
- Une copie de l'attestation des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire des Ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion ;
- Un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le versement des prestations. Si l'Adhérent n'est pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) devra être fournie ainsi que le formulaire de versement des prestations sur le compte d'un tiers dûment complété ;
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un RIB au format IBAN. Si l'Adhérent n'est pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) ainsi que le mandat SEPA dûment complété avec les données du compte du tiers ;
- Une copie de la pièce justificative d'identité en cours de validité de l'Adhérent,
- Une copie de la carte d'adhésion en vigueur à la Complémentaire pour chaque Bénéficiaire.

ARTICLE 3 – DATE D'EFFET

4 – L'adhésion au règlement, qui est soumise à une condition d'engagement et de cotisation d'au moins douze mois consécutifs fermes et irrévocables, prend effet, pour tous les Bénéficiaires, à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt selon les modalités suivantes :

- le premier jour suivant la date de signature (y compris électronique) du Bulletin d'adhésion sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date,

dans le cas contraire le premier jour suivant la date de réception du dossier complet.

- Le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion modificatif pour ce qui est de l'adjonction d'un Ayant droit, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la mutuelle dans les 10 jours suivant cette date. Toutefois, dans le cas de l'inscription d'un enfant nouvellement né dans les 30 (trente) jours de sa naissance, la date d'effet est le jour de la naissance.
- En cas d'adhésion à la Sur-complémentaire faisant suite à une démission de la Complémentaire MGC, au premier jour qui suit la date de cette démission, à condition que le bulletin d'adhésion à la Sur-complémentaire parvienne à la Mutuelle dans les deux mois qui suivent ladite date de démission.
- Dans le cas où la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour le compte de l'Adhérent de ses garanties sur-complémentaires santé auprès d'un autre organisme assureur, sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion, les garanties prennent effet le lendemain de la date de fin des garanties sur-complémentaires santé de l'assureur précédent.

5 – Faculté de renonciation

a) En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et informations prévues à l'article L. 221-18 du code de la Mutualité si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle. L'Adhérent n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'adhésion et 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.

b) En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle.

En cas de renonciation, l'adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre précitée. La Mutuelle rembourse les sommes versées par l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due par l'Adhérent.

L'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation lorsqu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dans les deux cas, pour exercer son droit de renonciation, 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) [Nom, prénom et numéro d'adhérent], demeurant [adresse] déclare renoncer à mon adhésion à la garantie Complémentaire santé - Formule

ARTICLE 4 – STAGES

Le droit aux prestations prend effet à la date de prise d'effet de l'adhésion, visée à l'article 3.4 ci-avant, sous réserve des délais de stage mentionnés ci-après. Les prestations qui interviennent avant la fin du délai de stage ne peuvent donner lieu à aucun remboursement de la part de la Sur-Complémentaire.

Les délais de stage s'appliquent Bénéficiaire par Bénéficiaire et sont de trois mois après la prise d'effet.

Les délais de stage sont supprimés :

- Lors de l'inscription d'un enfant nouveau-né, dans les 30 (trente) jours suivant sa naissance, pour la garantie le concernant,
- Lors de l'inscription d'un enfant dans les 30 (trente) jours suivant son adoption, pour la garantie le concernant,
- Suite à la radiation d'un Adhérent ayant souscrit à titre individuel à la Complémentaire MGC et résultant de son affiliation à un contrat collectif obligatoire Complémentaire santé, à condition, d'une part, que la demande d'adhésion à la Sur-complémentaire parvienne à la Mutuelle dans les 2 mois suivant la radiation et d'autre part, que la date d'adhésion à la Sur-complémentaire relevant des présentes prenne effet au premier jour du mois suivant ladite radiation.

ARTICLE 5 – MISE A JOUR DES INFORMATIONS

6 – L'Adhérent doit communiquer à la Mutuelle, pour lui-même et ses Ayants droit, tout changement qui pourrait intervenir dans leur état civil, leur situation familiale, leur situation vis-à-vis de leur AMO ou de leur Complémentaire, leur adresse, leurs coordonnées bancaires etc. par courrier mentionnant leur numéro d'adhérent à la Sur-complémentaire et les pièces justificatives du changement (certificat de naissance, de mariage, décès, etc). Dans le cas contraire, le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

ARTICLE 6 – CHANGEMENT DE FORMULE

7 – Le changement vers une option inférieure n'est possible qu'après une durée d'adhésion minimum continue de 12 mois à la Sur-complémentaire dans une formule de niveau supérieur.

Le changement pour une option supérieure n'est possible qu'après une durée d'adhésion minimale continue de 12 mois à la Sur-complémentaire dans une formule de niveau inférieur.

Dans ce second cas, l'Adhérent pourra alors à nouveau changer pour une option différente qu'après un délai de 12 mois dans l'option précédente.

Le changement d'option fait redémarrer, à compter de sa date d'effet, le délai de 12 mois pour bénéficier du droit à résiliation à tout moment.

Le bénéficiaire des garanties de la nouvelle option prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion modificatif et au plus tôt selon les modalités suivantes :

- au 1^{er} jour suivant la date de signature (y compris électronique) du Bulletin d'adhésion modificatif sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date ;
- au 1^{er} jour suivant la date de réception du dossier complet dans le cas contraire.

ARTICLE 7 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS, SUSPENSION DU DROIT AUX PRESTATIONS, RADIATION

8 – À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle peut, en application de l'article L221-7 du code de la Mutualité, adresser au Membre participant une lettre de mise en demeure.

La suspension des droits intervient au terme d'un délai

de trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure restée sans effet. Cette mise en demeure précise qu'en l'absence de régularisation dans le délai de dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours ci-dessus, la résiliation des garanties peut intervenir à tout moment.

ARTICLE 8 – DÉMISSION

Les garanties visées aux présentes peuvent être suspendues et/ou résiliées dans les conditions visées à l'article L 221-7 du code de la Mutualité.

9 – L'adhésion au règlement est consentie, pour une période courant de la date de prise d'effet visée à l'article 3.4 ci-dessus, jusqu'au 31 décembre suivant, sous réserve du respect de la période minimale d'engagement de 12 mois, puis est renouvelable tacitement d'année en année sauf dénonciation par l'Adhérent dans les conditions ci-après définies.

a) Démission du Membre participant à son initiative :

- À l'échéance annuelle

Tout Membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans, deux mois francs au moins avant la fin de l'année civile, la radiation prenant effet au premier jour de l'année suivante. Toutefois, si, à cette date, l'adhésion n'a pas duré au moins 12 mois, la démission ne prendra effet que le premier jour du mois suivant la première date anniversaire de ladite adhésion.

- En application de l'article L.221-10-1 du code de la Mutualité, la date limite d'exercice par l'Adhérent du droit à dénonciation de son adhésion doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'Adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction de son contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'alinéa précédent, l'Adhérent peut mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction du contrat. La résiliation prend effet le lendemain de la date de notification de la demande de démission. L'Adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée à l'Adhérent, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

- À tout moment à l'issue de la première année d'adhésion :

Après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, le Membre participant peut démissionner et mettre fin à son adhésion à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

En tout état de cause, le Membre participant doit notifier sa démission à la Mutuelle. Celle-ci peut se faire par :

- Une lettre ou tout autre support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Le même mode de communication à distance que celui utilisé pour l'adhésion.

- En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle :

Lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure du Membre participant et qui ne se retrouve pas dans sa situation nouvelle, tant la Mutuelle que le Membre participant peuvent dénoncer l'adhésion.

Dans ce cas, la fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet un mois après la réception de sa notification, sous réserve que le Membre participant ait adressé à la Mutuelle toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement.

Cette notification peut se faire, lorsqu'elle est à l'initiative du Membre participant, par :

- Une lettre ou tout autre support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Le même mode de communication à distance que celui utilisé pour l'adhésion.

Lorsqu'elle est à l'initiative de la Mutuelle, cette notification se fait par l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

b) À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion à la formule de garantie choisie ou de l'ajout d'un ou de ses Ayants droit, le Membre participant peut demander la démission de l'un ou de ses Ayants droit en adressant à la Mutuelle une demande écrite sur tout support durable. La radiation prend effet au premier jour suivant la date de réception par la Mutuelle de la demande.

c) Toutefois, par dérogation, le Membre participant pourra demander, par écrit sur tout support durable, la démission d'un ou de ses Ayants droit avant l'expiration du délai d'un an, avec effet au 1^{er} jour suivant la date de réception par la Mutuelle de la demande, pour les cas suivants :

- 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 ;
- Lorsque l'enfant Ayant droit n'est plus à la charge de l'adhérent ;

d) En cas de décès d'un Bénéficiaire, la date de la radiation prend effet au jour du décès. La Mutuelle restitue à l'Adhérent la part de la cotisation correspondant à la période postérieure à la date du décès.

La demande de radiation doit être accompagnée d'un extrait de l'acte de décès.

10 – Dans tous les cas, les prestations et cotisations cessent d'être dues à compter du 1^{er} jour suivant la radiation.

La dénonciation par l'Adhérent entraîne de droit la dénonciation simultanée des garanties de tous ses Ayants droit à la même date d'effet que pour l'Adhérent.

11 – En cas de dénonciation, les Bénéficiaires ne pourront plus solliciter de nouvelle adhésion à une garantie relevant du présent règlement avant une période de 12 mois suivant la date de cessation du droit à prestations. De plus, dans l'hypothèse où l'ancien Membre participant a été radié pour non paiement des cotisations, la demande de réadmission doit être présentée à la commission du fonds de solidarité de la Mutuelle.

Le délai de 12 mois ne s'applique pas aux conjoints et Ayants droit lorsque la radiation est consécutive à un divorce, une séparation, un décès ou pour les enfants ne remplissant plus les conditions d'Ayants droit.

12 – A défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son

adhésion dans les délais ci-dessus, il est réputé avoir accepté les conditions de reconduction transmises par la Mutuelle, tant en ce qui concerne les éventuelles modifications de garanties, que celles visant les cotisations.

13 – Les garanties visées aux présentes cessent par ailleurs d'être dues de droit pour les Bénéficiaires n'ayant plus droit à une Complémentaire au sens du présent règlement, au jour où ils perdent ce droit, sans qu'il soit besoin d'une quelconque formalité, date à laquelle le ou les Bénéficiaires concernés perdent tout droit à service de prestations sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

Pour le cas où l'Adhérent n'aurait pas notifié de manière documentée à la Mutuelle en son temps la perte de son assurance Complémentaire (« la Notification »), son droit à prestation cesserait rétroactivement à la date de cette perte de complémentaire, mais les cotisations afférentes à la Sur-complémentaire resteraient dues jusqu'au premier jour du mois suivant la notification, conformément à l'article 9.21 ci-après.

14 – Enfin, les garanties visées aux présentes peuvent être résiliées par la Mutuelle, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée avant la date d'échéance annuelle, pour le cas où la Mutuelle déciderait de purement et simplement supprimer, pour l'ensemble des Bénéficiaires de la Mutuelle ou pour une catégorie d'entre eux, la ou les garanties visées aux présentes, ou pour motif grave.

ARTICLE 9 – COTISATIONS

15 – L'Adhérent est seul tenu à l'égard de la Mutuelle au paiement de la cotisation annuelle. La cotisation est payable d'avance :

- annuellement par chèque bancaire;

ou

- mensuellement par prélèvement bancaire sur le compte de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations.

16 – Les appels de cotisations peuvent être faits par tout organisme à qui la Mutuelle aurait donné mandat ou délégation pour ce faire.

De même, la Mutuelle peut déléguer la gestion des garanties visées aux présentes à tout organisme délégataire de son choix, sans pour autant être déchargée de ses obligations résultant des présentes.

17 – Les cotisations sont révisables annuellement.

En ce cas, l'Adhérent peut dénoncer son adhésion, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au siège de la Mutuelle, dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'appel de cotisation révisé. La démission prend alors effet au 31 décembre de l'année écoulée.

À défaut pour l'Adhérent d'avoir dénoncé son adhésion dans le délai ci-dessus, il est réputé avoir accepté les nouvelles cotisations.

En outre, la Mutuelle peut procéder à un rappel de cotisation en cours d'année en cas de survenance d'une situation particulière qui l'imposerait.

18 – La cotisation annuelle comporte une cotisation générale fixe (cotisation de base (a)) et une cotisation individualisée pour chaque Bénéficiaire (cotisation santé (b)) :

a) La cotisation de base

La cotisation de base est due par le Membre participant, pour lui-même et l'ensemble de ses Ayants droit. Elle couvre l'abonnement à la revue d'informations de la Mutuelle ou à toute autre publication de la Mutuelle ainsi qu'une cotisation obligatoire au Centre Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13), situé 14-16 rue des Peupliers 75013 Paris, dont la quote-part est déterminée par les Statuts. Cette cotisation obligatoire est prélevée par la Mutuelle puis reversée au Centre

Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13). Elle ouvre droit à souscrire les garanties visées aux présentes.

b) La cotisation santé

La cotisation santé ouvre droit, Bénéficiaire par Bénéficiaire, à la garantie visée aux présentes selon la formule choisie. Elle varie en fonction de la situation, de l'âge des Bénéficiaires au 31 décembre de l'année précédente et de la formule choisie.

Le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée générale (A.G) de la Mutuelle et est réévalué chaque année par l'A.G de manière à garantir son équilibre technique.

L'AG peut déléguer ce pouvoir au Conseil d'administration dans les conditions et limites visées au code de la Mutualité.

Les barèmes des cotisations sont joints en Annexe 1.

19 – Un échéancier de cotisations est adressé à l'Adhérent avant le 1^{er} prélèvement bancaire et à chaque début d'année.

20 – La cotisation est modifiée conformément au tableau des cotisations à partir de la date d'effet de l'adjonction ou de la radiation d'un ayant droit.

21 – La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées au titre de la période couverte par la garantie.

Toutefois, en cas de perte par le Membre participant du bénéfice de sa Complémentaire, la cessation de l'obligation à cotisation prend fin à compter du premier jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de cet événement, ladite notification étant accompagnée de la copie de l'attestation de radiation fournie par l'assureur de la Complémentaire expirée.

ARTICLE 10 – DISPOSITIONS DIVERSES

22 – Protection des Données personnelles

Les Données à caractère personnel de l'Adhérent et de ses Ayants droit recueillies par la Mutuelle font l'objet de traitements (automatisés ou non automatisés) nécessaires aux finalités mentionnées dans la Charte de protection des données à caractère personnel de la Mutuelle, notamment celles ci-dessous mentionnées et ce, en application de la base juridique sur laquelle repose ce traitement :

- En exécution du règlement ou de mesures précontractuelles :

Il s'agit de toute opération ayant pour objet la passation, la gestion et l'exécution du règlement et des garanties y afférentes, notamment :

- la réalisation d'études des besoins permettant de proposer des garanties cohérentes avec les besoins et exigences de l'Adhérent ;
- la gestion du contrat à tous les stades de vie de celui-ci,
- l'exécution du contrat impliquant toute opération technique nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations ;
- le traitement du numéro d'inscription au répertoire (NIR) ;
- la création de l'espace sécurisé de l'Adhérent ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
- l'envoi de la revue mutualiste ;
- la réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux, de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur contrat ;
- l'exercice, par la mutuelle, de son recours subrogatoire contre les tiers responsables de dommages corporels.

- Au regard de la poursuite de l'intérêt légitime de la Mutuelle :

Il s'agit notamment des opérations suivantes :

- la mise en place d'actions de prévention dans le domaine de la santé ;

- les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la Mutuelle :

- opérations promotionnelles, de prospection, de fidélisation, de développement commercial pour des produits ou services analogues ;
- la gestion de vos avis sur ses produits et services ;
- opérations techniques de prospection (normalisation, enrichissement, déduplication...).

- la sélection de personnes en vue de réaliser des actions de fidélisation (y compris en ce qui concerne les opérations de parrainage), prospection, promotion, sondage, test des produits ou services ;

- l'information portant sur des opérations de communication externe relatives à des jeux, concours et événements ;

- la réalisation d'enquêtes de satisfaction, amélioration de la qualité des services de la Mutuelle.

- la lutte contre la fraude en assurance.

- Au titre du respect d'une obligation légale :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ainsi que la détection de fonds et ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions ;

- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales.

- En application du consentement de l'Adhérent :

- la prospection commerciale par voie électronique, hors produits ou services analogues, y compris les services des partenaires de la Mutuelle.

Ces données sont destinées à la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de Sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance), à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, à savoir pendant les délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer. En revanche, elles ne pourront être conservées, à des fins de prospection commerciale, par la Mutuelle que pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de l'adhésion de l'Adhérent.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles, l'Adhérent et ses Ayants droit ont le droit :

- d'accéder aux données les concernant. Pour ce faire, la Mutuelle fournit à l'Adhérent une copie des données à caractère personnel faisant l'objet de traitements, sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits et libertés d'autrui. La Mutuelle peut exiger le paiement de frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs pour toute copie supplémentaire demandée par l'Adhérent ou ses Ayants droit.

- de s'opposer, à tout moment, au traitement de leurs données à caractère personnel les concernant :

- à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection ;

- fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement.

Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles

ne s'applique pas au dispositif de tiers payant. Si l'Adhèrent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles, il ne doit pas présenter sa carte de tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance de frais.

- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leurs décès.

Ils peuvent également obtenir de la Mutuelle :

- la rectification ou la suppression des données les concernant ;
- la limitation du traitement de leurs données à caractère personnel ;
- la portabilité de leurs données à caractère personnel.

Dans le cas où le traitement des données à caractère personnel repose sur le consentement de l'Adhèrent, celui-ci est recueilli :

- préalablement à l'adhésion, par le biais du bulletin d'adhésion au Règlement mutualiste ;
- à tout moment, via tout autre formulaire de contact.

L'Adhèrent a la possibilité de retirer son consentement à tout moment. Le retrait de celui-ci ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci.

Pour exercer l'un des droits susvisés, l'Adhèrent ou ses Ayants droits Bénéficiaires adresse une lettre simple à la mutuelle MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque 75637 PARIS Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.dpo@m-g-c.com. En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé par la MGC.

L'Adhèrent peut consulter la Charte de protection des données à caractère personnel sur le site Internet de la Mutuelle ou l'obtenir sur demande. Il peut également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-g-c.com.

Dans le cadre de la protection des données à caractère personnel et du respect de la vie privée, l'Adhèrent peut saisir et introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

23 – Prescription

a) Toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement 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 réalisation 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 Membre 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 portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre participant décédé.

b) La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes : impossibilité d'agir, minorité, recours à la médiation, à la conciliation, à la procédure participative, mesure d'instruction, action de groupe, 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhèrent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le paiement de la prestation.

24 – Réclamation et Médiation

La Mutuelle MGC accorde une grande importance aux remarques et remontées de ses adhérents mais aussi à celles des tiers intéressés. C'est la raison pour laquelle elle a mis en place :

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de votre réclamation ne vous a pas donné gain de cause ou satisfaction.

RECLAMATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : membres participants ou honoraires tels que définis à l'article 9 des Statuts, anciens adhérents, bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation entrant dans le champ de la définition ci-dessus est à adresser au Service Réclamation prévu à cet effet.

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante :
- MGC – Service réclamations – TSA 91347 – 75621 PARIS CEDEX 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace adhérent sécurisé,
- Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception par écrit, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. Une réponse définitive est apportée à la personne concernée dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Pour les réclamations susceptibles d'être formulées à l'oral ou par messagerie instantanée ne vous permettant pas de disposer d'une copie datée de la réclamation, nous vous invitons à les formaliser via les canaux ou moyens (support durable) mis à votre disposition et ci-avant rappelés. Cette formalisation ne sera pas nécessaire si la Mutuelle répond immédiatement et de façon satisfaisante à votre demande en direct.

MEDIATION

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit à l'adresse suivante : MONSIEUR LE MEDIEUR DE LA MUTUALITE FRANÇAISE, CNMF 255 RUE DE VAUGIRARD 75719 PARIS CEDEX ;
- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

En tout état de cause, vous pouvez également, deux mois après l'envoi de votre réclamation (quel que

soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu), saisir le médiateur.

La saisine du médiateur n'est possible qu'à la condition que le traitement de la réclamation ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse. Pour être recevable, la saisine du médiateur doit être accompagnée des documents ou justificatifs de la réclamation auprès de la Mutuelle.

La procédure de médiation sera conduite dans le respect des dispositions en vigueur dans le Règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française.

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du Médiateur. Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

25 – Opposition au démarchage téléphonique

Le Membre participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » :

- par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ;
- ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer, Société WORLDDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.

Toutefois, tant que l'adhésion est en cours, et sous réserve que le Membre participant ne s'y soit pas expressément opposé, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le Membre participant.

26 – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

La Mutuelle, en sa qualité d'assureur de personnes relève pour son contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

27- LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute information et document pertinent dans le cadre de ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues du code monétaire et financier.

CHAPITRE 2 : PRESTATIONS

ARTICLE 11 – OBJET DE LA COUVERTURE

28 – La ou les garanties visées par le présent règlement ne sont pas régies par le cahier des charges des Contrats responsables et excluent tout tiers payant (dispense d'avance de frais consentie par les professionnels de santé). A ce titre, aucune carte de tiers payant ne sera délivrée.

Le bénéfice des prestations est ouvert aux Adhérents, Membres participants de la Mutuelle, pour leur propre bénéfice et à leurs Ayants droit au sens de l'article 10 – Groupe 2 des statuts de la Mutuelle, dans la limite de l'option souscrite par lesdits Adhérents pour eux-mêmes et pour leurs Ayants droit.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Dans tous les cas, et sauf accord expresse spécifique différent du Membre participant, les prestations ne peuvent être versées qu'au seul Membre participant par virement bancaire, pour lui-même ou pour ses Ayants droit, aucun règlement ne pouvant intervenir directement à un Bénéficiaire autre que le Membre participant duquel il tient ses droits.

29 – Les garanties Sur-complémentaires santé ne sont

ouvertes qu'aux Adhérents et à leurs Ayants droit bénéficiant soit directement, soit en qualité d'ayant droit, d'une AMO et d'une Complémentaire, ladite AMO et ladite Complémentaire conformes à ce qu'indiqué à l'article 1. ci-avant.

Le remboursement des dépenses de santé par la Mutuelle ne peut jamais être supérieur ni aux forfaits visés au présent règlement et au tableau de garanties et à leurs révisions, ni au montant des frais restant à la charge effective des Bénéficiaires, après intervention des remboursements de toute nature par tous organismes obligatoires et complémentaires.

ARTICLE 12 – DROIT AUX PRESTATIONS

30 – Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, intervenir au plus tard dans un délai maximum de deux années à compter de la date d'édition du relevé de prestation de la Complémentaire ou à défaut, de la justification de non couverture de la Complémentaire au titre des prestations proposées par cette dernière.

31 – Aucun remboursement de prestation au titre de la formule de garantie n'est dû au Membre participant ou à ses Ayants droit dans le cas où le fait générateur de la mise en jeu de garantie intervient avant la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

32 – De même, aucune prestation n'est due par la Mutuelle si le fait générateur intervient après la date de fin de la couverture pour l'Adhérent et ses Ayants droits.

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 et/ou de la Complémentaire.
- pour l'hospitalisation, la date d'hospitalisation.

33 – Les réclamations auprès de la Mutuelle peuvent être formulées au plus tard dans un délai de six mois, à compter de la date de la fourniture de la prestation ou de son refus par la Mutuelle.

Les délais ci-dessus sont mentionnés sans préjudice du délai légal de prescription visé à l'article 10-23 ci-avant.

Lorsque l'Adhérent ne perçoit pas les prestations découlant d'informations par télétransmission à la Mutuelle, quel que soit le motif, il doit, pour obtenir un remboursement, envoyer directement à la Mutuelle la demande de prestation accompagnée des pièces justificatives nécessaires. Le délai de deux années mentionné ci-dessus est également applicable dans ce cas de figure.

ARTICLE 13 – LIQUIDATION DES DROITS

34 – Les demandes de prestations doivent exposer leur nature et leur qualification et être accompagnées de toutes pièces justificatives visées au présent règlement et/ou demandées par la Mutuelle en fonction de l'acte concerné et notamment :

- Les relevés de la Complémentaire,
- Pour les dépenses ne figurant pas sur un relevé de la Complémentaire, les décomptes de l'AMO accompagnés d'une justification de non participation de la Complémentaire au titre des prestations proposées par cette dernière, la facture acquittée ainsi que le double de l'ordonnance portant les noms et prénoms du patient ainsi que le montant de la dépense réelle ;
- Toutes pièces utiles demandées par la Mutuelle pour justifier le remboursement.

35 – Sauf usage du tiers payant, les prestations de frais de soins de santé de tous les Bénéficiaires sont versées, dans un délai maximal ne pouvant excéder 30 jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces, par virement bancaire exclusivement au Membre participant dont ils sont les Ayants droit.

36 – La non fourniture par l'Adhérent de la totalité des pièces demandées par la Mutuelle, deux mois après

l'envoi d'une notification, en ce sens à l'Adhérent, pour lui-même ou pour ses Ayants droit, est considérée comme une renonciation définitive de ce dernier au bénéfice de la prestation concernée, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires qui sont ses Ayants droit.

37 – La Mutuelle a pour seul interlocuteur et destinataire le Membre participant, tant pour lui-même que pour les Bénéficiaires qui sont ses Ayants droit.

38 – Les prestations assurées par le présent contrat correspondent, dans le cadre et les limites de la garantie souscrite et du ou des forfaits y attaché, au montant de la somme restant à charge de l'Adhérent après remboursement par l'AMO et la Complémentaire.

39 – Aucun remboursement de prestation n'est dû au titre de la garantie si la prestation en question fait l'objet d'une période de stage et que le fait générateur intervient pendant cette période.

40 – Pour percevoir leurs prestations, les Adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

41 – La couverture Sur-complémentaire des frais de santé offre, dans la limite du reste à charge et conformément au tableau de garanties joint au présent règlement :

- De rembourser au Membre participant et à ses Ayants droit, tout ou partie des dépenses de santé restant à leur charge après remboursement de la caisse d'Assurance Maladie (dite AMO) et de la Complémentaire. Ces prestations s'effectuent, soit sur des bases forfaitaires, soit sur la base de remboursement de l'AMO. Dans le cas de dépenses de santé à l'étranger, le remboursement de la mutuelle est conditionné au remboursement de l'AMO et de la Complémentaire.
- De prendre en charge, le cas échéant, tout ou partie des dépenses de santé ne donnant pas lieu à indemnisation par l'AMO : chambre particulière, implantologie, lentilles non remboursées (sous réserve pour l'adhérent de présenter une copie de l'ordonnance et de la facture détaillée acquittée), ostéopathie, acupuncture, chiropractie.

Dans ce cas, le remboursement de la Sur-complémentaire est conditionné au remboursement de la Complémentaire ou, à défaut, à un refus de participation de la Complémentaire, refus devant être expressément notifié au Bénéficiaire.

Dans le cas où le forfait de remboursement correspondant à la garantie souscrite est inférieur à la somme restant à la charge de l'Adhérent le remboursement sera limité au montant du forfait.

42 – Le forfait de remboursement est annuel et s'applique Bénéficiaire par Bénéficiaire, l'année s'entendant de la période écoulée entre la date de prise d'effet de la garantie ou de son renouvellement et le 31 décembre de l'année en cours (année civile).

Dans le cas où une demande de remboursement serait inférieure au montant du forfait, le solde non utilisé pourra, dans le cas d'une nouvelle mise en jeu de la garantie, être utilisé pour un nouveau remboursement effectué au cours, et seulement au cours, de la même année.

Si le forfait n'a pas été utilisé en tout ou en partie au cours de la même année, il ne sera pas reporté sur l'année suivante, même en cas de renouvellement.

43 – Les prestations visent le remboursement :

- Dans le cadre du forfait optique et dentaire : des lunettes (monture et verres), des lentilles de correction, des prothèses dentaires fixes ou mobiles conformément au tableau de garanties joint au présent règlement. Pour toutes prothèses dentaires, implants ou équipements optiques effectués à l'étranger et non pris en charge par l'AMO et la Complémentaire, la Sur-complémentaire ne pourra intervenir.
- Dans le cadre du forfait aides auditives : des prothèses auditives analogiques ou numériques ;
- Dans le cadre du gros appareillage : des prothèses

auditives (analogiques, numériques, lunettes et boîtiers) ; podo-orthèses, orthoprothèses, prothèses internes ; fauteuil roulant, poussette, tricycle et châssis inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie (LPP), et remboursés par l'AMO et la Complémentaire cumulées à hauteur d'un minimum de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

- Dans le cadre du dépassement d'honoraires hospitalisation chirurgicale : des dépassements d'honoraires facturés par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour des actes inscrits à la CCAM, réalisés en secteur conventionné, et remboursés par l'AMO et la Complémentaire à hauteur d'un minimum de 100 % de la Base de remboursement de la Sécurité sociale. Les prestations concernant les dépassements d'honoraires chirurgicaux ne sont servies que si l'intervention des praticiens est effectuée dans le cadre d'une maladie ou suite à un accident.
- Dans le cadre du forfait chambre particulière : Les dépenses afférentes à la chambre particulière dans les limites prévues au tableau de garanties, pour une hospitalisation chirurgicale, médicale ou une maternité. Sont exclues des garanties de la Sur-complémentaire les dépenses afférentes à une hospitalisation en psychiatrie, en maison d'accueil spécialisée et en maison pour enfants à caractère sanitaire.
- Dans le cadre du poste prévention et médecine alternative forfait ostéopathie, acupuncture et chiropractie : Les consultations d'ostéopathie, acupuncture et chiropractie, ainsi que l'automédication, dans les limites prévues au tableau de garanties. La prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve pour le bénéficiaire des soins de présenter une facture mentionnant le numéro ADEL ou RPPS du professionnel de santé.

Pour l'acquisition d'auto-tensiomètres, la prise en charge de la mutuelle est limitée à un appareil par famille et par an. En tout état de cause, la prise en charge sera limitée au forfait disponible et prévu par le poste prévention et médecine alternative.

ARTICLE 14 – EXCLUSIONS

44 – Est exclu du droit aux prestations :

- Le Bénéficiaire qui met en jeu la garantie lorsque cette mise en jeu est la conséquence directe ou indirecte d'un fait intentionnel de l'Adhérent.
- Les soins effectués hors parcours de soins coordonné visé à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- Les soins effectués dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie, en maison d'accueil spécialisée et en maison pour enfants à caractère sanitaire.
- Les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident tels que les cures de rajeunissements, traitements esthétiques, transformation sexuelle, traitements par psychanalyses.
- Les contributions forfaitaires laissées à la charge de l'assuré par le RO.
- La majoration du ticket modérateur relative au non respect du parcours de soins.
- La franchise non remboursable sur l'ensemble des dépassements d'honoraires.

ARTICLE 15 – GESTION DES INDUS-SUBROGATION

45 – Gestion des indus

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'Adhérent ou à ses Ayants droit, la Mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire.

46 – Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Adhérent, ou à son Ayant droit, 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 exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue, la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

ARTICLE 16 – DEMANDES D'ESTIMATION DE RESTE A CHARGE

47 – Les demandes d'estimation de reste à charge seront traitées sur présentation :

- Du devis établi par le professionnel de santé,
- Du calcul de reste à charge établi par la Complémentaire.

Les calculs de reste à charge de la Sur-complémentaire sont établis à titre indicatif.

ARTICLE 17 – RELEVÉS DE PRESTATIONS

48 – La Mutuelle se réserve le droit de dématérialiser l'ensemble des relevés de prestations destinés à ses adhérents. Sur demande expresse, l'Adhérent peut, le cas échéant, s'y opposer.

A ce titre, la Mutuelle met à disposition de ses Adhérents un espace sécurisé consultable sur son site internet.

ARTICLE 18 – NON CUMUL DE GARANTIES

49 – L'Adhérent ne pourra pas souscrire concomitamment à plusieurs garanties soumises au présent règlement.

ANNEXE 1

TABLEAU DES COTISATIONS

Cotisation Base 2024 : 0,37 €/famille/mois

Cotisation Santé 2024 :

Cotisation mensuelle TTC			
Frais inclus HORS BASE			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant	10,15 €	21,36 €	32,61 €
Moins de 30 ans	11,12 €	26,78 €	48,89 €
30 - 39 ans	12,47 €	29,81 €	54,41 €
40 - 49 ans	13,64 €	32,88 €	60,10 €
50 - 59 ans	14,30 €	34,37 €	63,25 €
60 - 69 ans	14,72 €	35,59 €	66,40 €
70 ans et plus	14,96 €	36,41 €	69,74 €

