

Notice d'information

MGC Santé TNS

Complémentaire « Frais de santé »

Applicable au 1^{er} janvier 2025



Table des matières

PRÉAMBULE	5
DÉFINITIONS PRÉALABLES	5
CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
ARTICLE 1 - OBJET	6
ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES	6
ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION	6
ARTICLE 4 - DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES	7
ARTICLE 5 - CESSATION DE L'ADHÉSION	7
ARTICLE 6 - CESSATION DE LA GARANTIE	7
ARTICLE 7 - AYANTS DROIT	7
ARTICLE 8 - FAUSSE DÉCLARATION	8
ARTICLE 9 - COTISATIONS	8
ARTICLE 10 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	8
ARTICLE 11 - PRESCRIPTION DES ACTIONS	8
CHAPITRE II - DÉFINITION DES PRESTATIONS	8
ARTICLE 12 - PRESTATIONS REMBOURSÉES	9
ARTICLE 13 - LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS	9
ARTICLE 14 - PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	10
ARTICLE 15 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES	10
ARTICLE 16 - DÉLAI DE STAGE	11
CHAPITRE III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 17 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 18 - PAIEMENT DES PRESTATIONS	11
ARTICLE 19 - TIERS PAYANT	11
ARTICLE 20 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	12
ARTICLE 21 - PRESTATIONS INDUES	12
ARTICLE 22 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	12
ARTICLE 23 - FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER	12
ARTICLE 24 - DISPOSITIONS DIVERSES	12

PRÉAMBULE

L'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle Générale des Cheminots, afin de vous garantir ainsi que vos ayants droit, au titre des risques « frais de santé » et « assistance ».

Ce contrat, d'une durée d'un an à reconduction tacite, est régi par la loi française. Il a pour objet de garantir, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale, le remboursement de vos frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ceux de vos ayants droit dans la limite des garanties et des niveaux choisis.

L'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance, ou « ANIP », (Association dite « Loi 1901 ») ayant délégué en son nom la gestion du contrat à la MGC, cette dernière demeure votre seul interlocuteur ou, le cas échéant, votre courtier. Ce contrat vous permet d'adhérer individuellement à l'un des niveaux de garanties des gammes suivantes :

- MGC Santé INDEPENDANTS (gamme uniquement distribuée par la Mutuelle MGC depuis le 1^{er} janvier 2020) ;
- MGC Santé TNS (gamme uniquement distribuée par le biais du courtage depuis le 1^{er} janvier 2020) ;
- MGC Santé TNS EQUILIBRE (gamme uniquement distribuée par le biais du courtage depuis le 1^{er} janvier 2020) ;
- MGC Santé TNS Experts-Comptables/Avocats (gamme uniquement distribuée par le biais du courtage depuis le 1^{er} janvier 2020).

Sauf dispositions contraires, les formules de garantie santé visées à la présente notice sont éligibles au dispositif fiscal « Madelin », sous réserve que votre situation satisfasse aux conditions requises fixées à l'article 154 bis du Code Général des Impôts ainsi que par la doctrine de l'Administration fiscale.

Vous trouverez dans cette notice d'information un résumé du contrat souscrit par l'ANIP.

DÉFINITIONS PRÉALABLES

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

« 100% santé » : Dispositif par lequel les Adhérents et ayants droit bénéficiaires 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 maximum 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 : lien contractuel entre la mutuelle et l'adhérent ainsi, le cas échéant, que ses ayants droit, au titre des présentes garanties collectives facultatives.

ANIP : Association nationale interprofessionnelle de prévoyance, personne morale souscriptrice du contrat collectif à adhésion facultative.

Ayant droit : bénéficiaire des garanties prévues au contrat en raison de ses liens avec l'adhérent tels que précisés dans la présente notice.

Base de remboursement (BR) : assiette servant de base de calcul des prestations en nature servies par l'assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaires : adhérent et, le cas échéant, ses ayants droits, bénéficiant des garanties prévues par le contrat.

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 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 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).

Etablissements 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.

Membre participant : adhérent couvert au titre du contrat.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son livre II et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR.

Nomenclature : les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

Option pratique tarifaire maîtrisée (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 (PLV) : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente aux Adhérents et à leurs ayants droit bénéficiaires. 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 limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Adhérents et leurs ayants droit bénéficiaires 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 insertion.

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 : tout instrument offrant la possibilité aux parties de stocker des informations qui leur 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 : participation des assurés non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie égale à la différence entre la 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 le bénéficiaire. Ces frais sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire auprès des professionnels où ils ont été engagés.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET

La présente notice, établie conformément aux dispositions prévues par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, définit les garanties prévues par le contrat d'assurance collective complémentaire santé à adhésion facultative au sens de l'article L. 221-2, III, 1° du code de la mutualité, souscrit par l'ANIP au profit de ses membres ayant la qualité de travailleurs non salariés, auprès de la Mutuelle MGC.

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

La charge de la preuve de la remise de la notice incombe à la Mutuelle MGC sur délégation de l'ANIP.

ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES

Vous avez la possibilité d'adhérer à l'un des niveaux de garanties visées à la présente notice si vous résidez en France, êtes âgé d'au moins 18 ans, que vous exercez une activité professionnelle non salariée, non agricole et que vous remplissez les conditions suivantes :

- être travailleur non salarié et être affilié au régime français d'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants ou à titre dérogatoire au régime français d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés et relever au titre de votre 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 Bénéficiaires Industriels et commerciaux (BIC) ou des Bénéficiaires Non Commerciaux (BNC) ;
- être membre de l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) ;

L'adhésion à l'ANIP est concomitante de l'adhésion à la MGC. Les statuts de l'ANIP vous sont adressés par la MGC sur simple demande.

Vous avez également la possibilité d'adhérer à l'un des niveaux de garanties visées à la présente notice si vous relevez au titre de votre activité professionnelle du régime d'imposition de la micro-entreprise. Toutefois, vous ne pourrez de ce fait bénéficier du dispositif fiscal « Madelin » visé en préambule de la présente notice.

En faisant acte d'adhésion, vous obtenez la qualité de « membre participant » de la Mutuelle MGC.

Votre Adhésion permet celle de vos Ayants droit selon les modalités prévues par l'article 3 de la présente notice.

Sont considérés comme vos Ayants droit :

- votre conjoint, marié et non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du code civil ;
- à défaut, votre concubin, sous réserve que vous et votre concubin soyez tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même ;
- les enfants à votre charge ou celle de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin. Sont considérés comme tels, les enfants :
 - jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25^e anniversaire s'ils sont rattachés à votre domicile fiscal ;
 - jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime d'assurance maladie obligatoire ;
 - quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap défini à l'article L. 241-1 du code de l'action sociale et des familles.

Tous les Bénéficiaires doivent être affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou assimilé.

Toute modification de votre situation ou, le cas échéant, de celle de vos ayants droit, de quelque nature qu'elle soit (par exemple : changement des coordonnées bancaires, de domicile, de caisse d'assurance maladie obligatoire ou de régime de sécurité sociale, modification de la composition familiale, etc.) doit être notifiée dans les meilleurs délais à la Mutuelle par vos soins.

ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Vous devez remplir un bulletin d'adhésion afin de pouvoir bénéficier des garanties. Ce bulletin d'adhésion dûment complété et signé par vous est accompagné des pièces justificatives suivantes :

- une attestation de droit justifiant de votre affiliation à l'assurance maladie obligatoire ;
- le document retraçant vos besoins et exigences ainsi que le conseil qui vous a été donné, dûment complété, daté et signé ;
- si vous souhaitez que la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour votre compte, le mandat dûment complété et signé ainsi que la copie de votre carte de tiers payant ou votre précédent contrat à une garantie de complémentaire santé ;
- le cas échéant, l'attestation de résiliation remise par votre assureur précédent sur laquelle figure la date d'effet de la résiliation ;
- un relevé d'identité bancaire au format IBAN correspondant à votre compte bancaire personnel pour le versement des prestations ;
- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) ;
- un extrait KBIS ou toute autre pièce officielle justifiant de votre statut de travailleur non salarié non agricole ;
- un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire (au

format IBAN) correspondant à votre compte bancaire professionnel ou à défaut dédié à votre activité de travailleur non salarié pour le paiement des cotisations ;

- le cas échéant, si vous souhaitez bénéficier d'une date d'effet des garanties anticipée, un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation.

En tout état de cause, vous vous engagez à produire à la Mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire à votre Adhésion.

La signature (y compris électronique) du bulletin d'adhésion entraîne l'acceptation des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle MGC, des statuts de l'ANIP, des dispositions prévues par la présente notice d'information ainsi que celles afférentes à la garantie assistance.

Sur le bulletin d'adhésion et selon l'activité professionnelle exercée ainsi que le réseau de distribution concerné, vous devez opter pour l'un des niveaux de garanties des quatre gammes suivantes :

- MGC Santé INDEPENDANTS ;
- MGC Santé TNS ;
- MGC Santé TNS EQUILIBRE ;
- MGC Santé TNS Experts-Comptables/Avocats.

Au sein de chaque gamme, vous devez faire le choix de l'un des niveaux de garantie suivantes :

- Niveau HOSPI (non éligible à la déductibilité des cotisations permise par le dispositif « Madelin ») ;
- Niveau Éco ;
- Niveau 1 ;
- Niveau 2 ;
- Niveau 3 ;
- Niveau 4 ;
- Niveau 5.

Le choix du niveau de garantie complémentaire santé s'applique à l'ensemble des Bénéficiaires inscrits au bulletin d'adhésion.

Vous pouvez modifier à la hausse ou à la baisse votre niveau de garantie, sous réserve de justifier d'une année d'adhésion à l'un des niveaux de garanties des gammes régies par la présente notice d'information et d'en informer préalablement la mutuelle par lettre simple dûment signée.

Le changement de niveau de garantie ou de gamme prendra effet 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,

pour vous et l'ensemble des bénéficiaires inscrits pour une durée minimale d'un an. Aucun délai de stage n'est appliqué.

Toutefois, le changement de garantie ou de gamme peut intervenir avant l'expiration du délai d'un an sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'un changement lié aux événements exceptionnels suivants :

- modification de votre situation familiale ;
- changement de votre régime obligatoire ;
- changement de votre situation professionnelle.

Le changement de garantie ou de gamme lié aux événements exceptionnels doit être demandé au plus tard dans un délai de trois mois suivant la date de l'événement, accompagné d'un justificatif du changement de situation. Ce changement anticipé de garantie ou de gamme prend effet 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.

En tout état de cause, tout changement de garantie emportée à compter de sa prise d'effet renoncation au droit de formuler une nouvelle demande de changement de garantie pour une durée minimale d'une année, sauf événements exceptionnels, et fait redémarrer le délai d'un an pour bénéficier du droit à résiliation à tout moment.

L'enregistrement de l'adhésion est notifié par la Mutuelle et est matérialisé par l'édition d'un échéancier et l'envoi de cartes de tiers payant.

Dans le cadre d'une adhésion en ligne, le bulletin d'adhésion, le document retraçant vos besoins et exigences ainsi que le conseil qui vous a été donné, le mandat SEPA et le cas échéant le mandat de résiliation 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, vous recevez un e-mail de confirmation à l'adresse électronique que vous avez communiquée, attestant de votre adhésion.

ARTICLE 4 - DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion est matérialisée par la signature du bulletin d'adhésion. Le bénéfice des garanties prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt selon les modalités suivantes :

- au 1^{er} 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 ;
- au 1^{er} jour suivant la date de réception du dossier complet dans le cas contraire.

Toutefois, si vous produisez un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la date de la radiation, les garanties prennent effet le lendemain de la date de radiation. Dans ce cas, il est tenu compte de cette date d'effet rétroactive pour le paiement des cotisations et pour le versement des prestations, dues à compter de cette date sur toute la période de garantie.

Dans le cas où la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour votre compte de vos garanties 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 complémentaires santé de votre assureur précédent.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à la réception d'un dossier d'adhésion signé et complet comprenant l'ensemble des pièces justificatives demandées.

L'adhésion à la garantie complémentaire santé produit ses effets à compter de la date d'effet de l'adhésion mentionnée sur votre échéancier, jusqu'au 31 décembre. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une année civile, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf dénonciation selon les modalités prévues à la présente notice d'information.

Le droit aux prestations s'applique à compter de la prise d'effet des garanties, **sauf délai de stage visé à l'article 16.**

ARTICLE 5 - CESSATION DE L'ADHÉSION

Vous pouvez résilier votre Adhésion :

- A l'échéance annuelle, tous les ans en le notifiant à la Mutuelle selon les modalités rappelées ci-dessous, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard.
- En cas de modification de vos droits et obligations, vous pouvez mettre fin à votre adhésion dans

un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information comportant les modifications.

- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de votre adhésion, en notifiant vous-même ou en faisant notifier par votre nouvel assureur votre décision à la Mutuelle. La résiliation prend effet un mois après la réception de cette notification.

En tout état de cause, la résiliation doit être notifiée 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.

Vous pouvez résilier votre adhésion en cas :

- de bénéfice du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« complémentaire santé solidaire »). Dans ce cas, la résiliation prend effet à compter de la date d'ouverture des droits à la « complémentaire santé solidaire » ;
- d'adhésion, en tant qu'ayant droit de votre conjoint, à un contrat collectif de « frais de santé ». Dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la notification de votre demande dûment justifiée.

Conformément à l'article L. 221-18 du code de la mutualité, en cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), vous disposez 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 vous avez reçu les conditions d'adhésion et informations si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion, pour renoncer à votre adhésion par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec accusé réception au siège de la mutuelle. Vous n'avez pas à justifier vos 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, vous vous engagez à rembourser la mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la mutuelle vous les rembourse dans un délai de trente jours.

Conformément à l'article L. 221-18-1 du code de la mutualité, en cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou à votre lieu de travail, vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à votre adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, 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 ou de l'envoi précité. La mutuelle rembourse les sommes versées par vous 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.

Vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation lorsque vous avez connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si vous exercez votre droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dans les deux cas, pour exercer votre droit de renonciation, vous pouvez utiliser le modèle ci-dessous

et devez joindre, impérativement, les deux exemplaires de votre carte de tiers payant en cours de validité :

Je soussigné(e) M..... (nom, prénom et numéro d'adhérent), demeurant déclare renoncer à mon adhésion à la garantie complémentaire santé – niveau (nom du niveau) souscrit auprès de la Mutuelle MGC le

Fait, le (date)

Signature.

ARTICLE 6 - CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent de plein droit :

- à la date de résiliation du contrat souscrit par l'ANIP ;
- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions d'adhésion. L'adhésion est maintenue en cas de liquidation de la pension d'assurance vieillesse au titre de l'activité non salariée, sauf résiliation à votre initiative ;
- à la date de résiliation de votre adhésion ;
- à la date de votre décès figurant sur l'acte de décès transmis à la mutuelle.

La cessation de vos droits entraîne automatiquement la cessation de ceux de vos ayants droit. Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

En cas de cessation des garanties en cours de mois, la cotisation n'est due que pour la période durant laquelle le risque a couru. 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.

ARTICLE 7 - AYANTS DROIT

ARTICLE 7.1 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Vous pouvez inscrire vos ayants droit, soit concomitamment à votre adhésion, soit ultérieurement, sous réserve qu'ils remplissent les conditions mentionnées à la présente notice d'information.

Il vous appartient d'inscrire vos ayants droit sur le bulletin d'adhésion et de joindre, le cas échéant, les pièces justificatives suivantes :

- une attestation de droit justifiant de l'affiliation du ou des ayants droit à l'assurance maladie obligatoire ;
- s'agissant du conjoint : une copie du livret de famille ;
- s'agissant du partenaire de PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ;
- s'agissant du concubin : un certificat de vie commune ou, à défaut, une attestation sur l'honneur de vie commune ;
- pour les enfants de 25 à 28 ans poursuivant leurs études, un certificat de scolarité en cours de validité et une attestation d'ouverture des droits à l'assurance maladie ;
- s'agissant des enfants handicapés, un justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou une copie de la carte d'invalidité ou une attestation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Concernant les enfants, ces justificatifs sont renouvelés tous les ans.

L'adjonction d'un ayant droit prend effet le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, à l'exception de l'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté qui intervient, selon le cas, au jour de naissance ou de l'adoption si l'adhésion est réalisée dans les 30 jours de l'événement.

Toutefois, si vos ayants droit bénéficiaires produisent un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, les

garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la radiation.

ARTICLE 7.2 - RADIATION

A tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'ajout d'un de vos Ayants droit bénéficiaires, vous pouvez demander leur radiation en adressant à la mutuelle une demande écrite sur tout support durable. La radiation prend effet au 1^{er} jour suivant la réception par la Mutuelle de la demande.

Toutefois, par dérogation, vous pouvez solliciter, par écrit sur tout support durable, avant l'expiration du délai d'un an, la radiation d'un ou de vos Ayants droit, avec effet au 1^{er} jour suivant la date de réception par la Mutuelle de la demande, pour les cas suivants :

- si l'Ayant droit ne remplit plus les conditions d'adhésion ;
- 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 ;
- lorsque l'enfant Ayant droit bénéficiaire n'est plus à votre charge ;
- si l'Ayant droit bénéficie du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« complémentaire santé solidaire »).
- si l'ayant droit adhère, à titre obligatoire en tant que salarié, à un contrat collectif de « frais de santé ». Dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit votre demande écrite dûment justifiée.

L'adhésion des ayants droit cesse également en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de décès de l'ayant droit. Dans ce cas, la radiation prend effet au jour du décès. La mutuelle vous restitue 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.
- en cas de perte de la qualité d'ayant droit au regard de la définition prévue par la présente notice d'information. Dans ce cas, la radiation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration de l'évènement.

Les garanties cessent de plein droit en cas de cessation de l'adhésion.

ARTICLE 8 - FAUSSE DÉCLARATION

ARTICLE 8.1 - FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Les déclarations que vous faites, servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

Conformément à l'article L. 221-14 du code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée par la mutuelle est nulle. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 8.2 - FAUSSE DÉCLARATION NON-INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L. 221-15 du code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de votre part, lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, a les effets suivants :

- si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une

augmentation de cotisation acceptée par vous ; à défaut d'accord, les garanties prennent fin dix jours après notification adressée à votre intention par lettre recommandée. La mutuelle restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus ;

- si elle n'est constatée qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par vous par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 9 - COTISATIONS

Vous vous engagez au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion. La cotisation familiale correspond à la somme des cotisations individuelles de chaque Bénéficiaire.

Les cotisations sont exprimées en euros et par bénéficiaires.

Le montant de la cotisation tient compte des paramètres suivants :

- de votre âge et le cas échéant de votre conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS inscrit au 31 décembre de l'année précédant la date d'effet de l'adhésion ou sa reconduction ;
- de la composition de la famille ;
- du niveau choisi ;
- de votre département de résidence principale.

La cotisation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction du niveau choisi.

La cotisation du 3^e enfant et des suivants est gratuite. Pour l'application de cette règle, il sera tenu compte exclusivement de l'ordre des naissances.

Le montant des cotisations inclut des frais de gestion et d'acquisition et la taxe de solidarité additionnelle. Tout changement du taux de la taxe entraîne automatiquement une modification du montant de la cotisation.

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.

La cotisation évolue automatiquement chaque 1^{er} janvier en fonction de l'âge atteint.

Le montant des cotisations est fixé par le Conseil d'administration de la Mutuelle ou, sur délégation, par le Président du Conseil d'administration ou par le Directeur général et est réévalué chaque année au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution des résultats techniques des garanties attachées au contrat collectif souscrit par l'ANIP.

Vous êtes 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 sur votre compte bancaire, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations.

ARTICLE 10 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L. 221-8, II du code de la mutualité, une mise en demeure vous est adressée en cas de défaut de paiement d'une cotisation échue depuis plus de 10 jours. Cette mise en demeure est adressée au plus tôt 10 jours après l'identification de l'impayé, indépendamment du droit pour la mutuelle

d'appliquer des majorations de retard à votre charge exclusive et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif. En cas de non-paiement au terme d'un délai de 40 jours après l'envoi de ce courrier, votre adhésion est résiliée.

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

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

En cas de radiation pour non-paiement des cotisations, toute demande ultérieure de ré-adhésion à la mutuelle doit être présentée à la commission du fonds de solidarité Olivier.

ARTICLE 11 - PRESCRIPTION DES ACTIONS

Conformément à l'article L. 221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations mentionnées à la présente notice d'information sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'évènement 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 souscripteur, du Membre participant 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.

Conformément à l'article L. 221-12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par l'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 réception adressé par la Mutuelle au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant ou, le cas échéant, l'Ayant droit, à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

CHAPITRE II - DÉFINITION DES PRESTATIONS

Votre adhésion vous permet de bénéficier des garanties complémentaires « frais de santé », telles que définies au tableau des garanties. Celles-ci incluent le cas échéant une garantie « assistance ».

Conformément à l'article L. 862-4, II du code de la sécurité sociale, l'organisme ne recueille pas, au titre du présent contrat, d'informations médicales auprès des bénéficiaires, les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires et, à l'exception du niveau HOSPI, les garanties s'inscrivent dans le cadre du contrat « responsable » visé 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.

À ce titre, les garanties prennent en charge :

1. l'intégralité du ticket modérateur défini à l'article R. 160-5 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 ;

- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;
- les frais de soins dentaires prothétiques à hauteur, pour ceux définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (panier « 100 % santé »), des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursement de l'assurance maladie obligatoire ;
- Les équipements d'optique médicale :

Les garanties prennent en charge, selon le niveau souscrit 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 enfants de 6 ans et de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ce délai s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Par exception, il peut être dérogé à ces délais :

- En cas d'évolution de la vue, dans les situations limitativement énumérées par la réglementation :
 - Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture) sera possible à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires de 16 ans et plus.
 - Le renouvellement de la prise en charge des verres uniquement sera possible sans délai pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.
- En cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières dont la liste est fixée par la réglementation : le renouvellement de la prise en charge des verres sera possible sans délai.
- Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire (panier 100 % santé), la Mutuelle prend en charge intégralement les frais que vous ou vos ayants droit bénéficiaires avez exposés dans la limite des « prix limites de vente » prévus par les textes en vigueur.
- Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier « à tarifs libres » donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge le ticket modérateur et le cas échéant un forfait, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction de la gamme et du niveau souscrit.

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

À titre d'information, les planchers et plafonds, applicables par équipement, fixés par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale s'établissent comme suit :

- 2 verres simples : 50 à 420 euros
- 1 verre simple + 1 verre complexe : 125 à 560 euros
- 2 verres complexes : 200 à 700 euros
- 1 verre simple + 1 verre très complexe : 125 à 610 euros
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 200 à 750 euros

- 2 verres très complexes : 200 à 800 euros

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et la participation de la Mutuelle pour l'acquisition de l'équipement.

En tout état de cause, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est limitée à 100 euros.

Entrent dans la catégorie des verres simple foyer (unifocaux sphériques ou sphéro-cylindriques), les verres dont :

- la sphère est comprise entre -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- la sphère est comprise entre -6,00 à 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 de dioptries ;
- la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Entrent dans la catégorie des verres complexes,

- les verres simples (unifocaux sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :

- la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à 6,00 dioptries ;
- les verres multifocaux ou progressifs (sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :
 - la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
 - la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
 - la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Entrent dans la catégorie des verres très complexes, les verres multifocaux ou progressifs (sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :

- la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
- la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à 8,00 dioptries.

Il est possible de combiner les verres de la façon suivante : 2 verres simples ; 2 verres complexes ; 2 verres très complexes ; 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.

- la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la LPP ;
- le cas échéant, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) prévu par la convention médicale dans les conditions cumulatives suivantes :
 - la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un de ces dispositifs ne peut excéder 100 % du tarif de responsabilité ;
 - la prise en charge des dépassements d'honoraires ne peut excéder la prise en charge des dépassements d'honoraires de médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, minorée de 20 % du tarif de responsabilité ;
- les dispositifs médicaux d'aide auditive à hauteur :

- des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (panier « 100 % santé ») ;
- au maximum de 1700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur, pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée ;

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les conditions précisées par la LPP.

Les garanties du contrat sont révisées en cas d'évolution de la législation et réglementation de l'assurance maladie.

En cas de modification du contrat, la Mutuelle notifiera au Souscripteur les évolutions envisagées ainsi que les conditions contractuelles mises à jour, le cas échéant, au plus tard, trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition étant rappelé que le silence vaut acceptation. Les modifications seront par conséquent réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le contrat sera résilié de plein droit. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt 1 mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales d'information des Membres participants par le Souscripteur. Par ailleurs la Mutuelle vous transmettra une notice d'information mise à jour.

ARTICLE 12 - PRESTATIONS REMBOURSÉES

Sont couverts tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé de l'assurance maladie obligatoire au titre de la législation « maladie », « accidents » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par cette dernière mais expressément mentionnés au tableau des garanties.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement et incluent le remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Sauf exceptions expressément stipulées, les prestations prévues au titre des garanties, visées dans la présente notice, prennent effet à compter de la date d'adhésion des bénéficiaires.

ARTICLE 13 - LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat « responsable », ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13, II et III 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 ainsi que des actes et prestations pour lesquels l'assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé 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 ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.

Sauf mention contraire figurant dans le tableau des garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés hors de France, sauf en cas de prise en charge de ces frais par l'assurance maladie obligatoire française. Dans ce cas, la prise en charge par la mutuelle sera limitée au ticket modérateur, sauf mentions contraires prévues au tableau des garanties ;
- les actes hors nomenclature ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, tels que les cures de rajeunissement, 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 (par exemple : les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (par exemple : médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, etc.) non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- les soins et les frais engagés au titre d'une cure thermale même prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- les actes de parodontologie non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- les soins dispensés en unité ou centre de long séjour tels que visés aux articles L. 174-5 et suivants du code de 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 14 - PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par les articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Les plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile, sauf dispositions particulières définies à la présente notice d'information et au tableau des garanties.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 15 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

ARTICLE 15.1 - 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. 160-16 du code de la sécurité sociale ;
- la participation forfaitaire prévue à l'article L160-13 du code de la sécurité sociale en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation ;
- les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non, dans les conditions suivantes :
 - Frais de séjour hospitaliers : la mutuelle verse le ticket modérateur, pour les frais de séjours, 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 d'assurance maladie sur la base des tarifs en vigueur ;
- Honoraires médicaux : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé. 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 garanties, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;
- Forfait journalier hospitalier des établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : participation aux frais d'hébergement et d'entretien, due pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. 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, soins de suite et de réadaptation), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- Participation forfaitaire pour actes lourds : elle correspond à la participation prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale. Il s'agit du ticket modérateur forfaitaire à la charge de l'assuré sur certains actes. Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués, en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. Depuis le 1er janvier 2019, le montant de cette participation est de 24 euros. Cette participation forfaitaire est intégralement prise en charge par la mutuelle, sauf dans le cas où elle est remboursée par la sécurité sociale.
- Chambre particulière en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : les dépenses afférentes à la chambre particulière dans les établissements de santé sont prises en charge dans les conditions suivantes (sauf pour ce qui concerne le Niveau Eco) :
 - sans limitation de durée en médecine, chirurgie et obstétrique ;
 - 90 jours par année civile pour les séjours en soins de suite et de réadaptation (uniquement au sein d'une structure figurant dans l'annuaire du site sanitaire-social.com, répertoriant la liste complète des centres de SSR) ;
 - 30 jours par année civile pour les séjours en psychiatrie.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation : 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 au tableau des garanties dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier ou la maison d'accueil adhérente à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières (sauf pour ce qui concerne le Niveau Eco). La personne hospitalisée doit être bénéficiaire de la garantie.

En tout état de cause, seuls les repas fournis par les établissements hospitaliers pourront faire l'objet d'une prise en charge.

ARTICLE 15.2 – SOINS COURANTS

Sont notamment visés par ce poste, dans les conditions prévues aux garanties et définies dans le tableau des garanties :

- les Honoraires médicaux ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- les honoraires paramédicaux ;
- la pharmacie : médicaments et accessoires remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), à l'exception, selon le niveau choisi, des médicaments au taux de 15% remboursés par l'AMO.
- la participation forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale ;
- le matériel médical : dispositifs médicaux (appareillage, prothèses)

Pour l'acquisition de petit et de grand appareillage, d'orthèse d'avancée mandibulaire contre l'apnée du sommeil remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, de prothèses mammaires et/ou capillaires donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et dont la liste figure au tableau des garanties, la Mutuelle verse le ticket modérateur s'il y a lieu ; elle verse également un forfait dans la limite d'un plafond par Bénéficiaire et par an, dont le montant figure au tableau des garanties (sauf pour ce qui concerne le niveau Éco). Pour la location de grand appareillage donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse uniquement le ticket modérateur et un forfait le cas échéant.

- Les consultations de psychologie remboursées par l'AMO (12 séances par année civile) : il s'agit des consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site <https://monsoutienpsy.ameli.fr/> recherche-psychologue. Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :
 - être âgé de trois ans ou plus ;
 - présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022 ;

ARTICLE 15.3 - OPTIQUE

A. LENTILLES (Niveau Éco 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 au tableau des garanties et varie en fonction du niveau de garantie souscrit, sur présentation d'une facture détaillée acquittée et sous réserve de présenter une copie de l'ordonnance.

B. CHIRURGIE RÉFRACTIVE (Niveau 1 à 5)

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale réfractive non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties et est exprimé par œil et par Bénéficiaire.

À NOTER : Le Tiers Payant pour la chirurgie réfractive s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en Charge. A défaut, le Bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.

C. OFFRECLAIR

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair, vous, ainsi que vos ayants droit, avez la possibilité de bénéficier du remboursement intégral d'un équipement composé de 2 verres de marque et d'une monture Origine France Garantie (dans un choix de 80 montures). Les verres comportent un traitement aminci, anti-rayures et anti-reflets, répondent à tous les besoins de correction visuelle et sont disponibles chez tous les opticiens partenaires Santéclair. La liste des opticiens-partenaires SANTECLAIR est accessible dans

votre espace adhérent MGC sur mutuellemgc.fr ou sur simple demande en contactant votre conseiller MGC.

ARTICLE 15.4 – PRÉVENTION ET MEDECINES ALTERNATIVES

Certains vaccins non-remboursés par l'assurance maladie obligatoire sont pris en charge : fièvre jaune, méningite, encéphalite japonaise, fièvre typhoïde et rage.

Sont également pris en charge les traitements préventifs antipaludiques.

En fonction du niveau souscrit et dans les conditions définies aux tableaux de garanties, la Mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel les actes ou prestations définies, sur présentation d'une facture acquittée par l'Adhérent ou l'Ayant droit Bénéficiaire, mentionnant le nom du bénéficiaire des actes ou prestations délivrés.

Pour les praticiens non remboursés par l'AMO (ostéopathe, étiope, acupuncteur, homéopathe etc.), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve pour le bénéficiaire des soins de présenter une facture mentionnant le numéro ADELI ou RPPS du professionnel de santé.

Pour les produits d'homéopathie, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve de présentation d'une ordonnance mentionnant ces produits. La consultation auprès d'un homéopathe est prélevée sur le forfait produit d'homéopathe, conformément au tableau des garanties.

Pour les produits de sevrage tabagique (substituts nicotiniques), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le bénéficiaire soit âgé de plus de 16 ans.

Pour les contraceptifs non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum.

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 automédication.

ARTICLE 15.5 - NAISSANCE ET ADOPTION

Ces dispositions ne sont pas applicables au Niveau Eco.

En cas de naissance ou d'adoption, la Mutuelle verse une allocation, au père ou à la mère, Adhérent, sous réserve que le nouveau-né soit inscrit au contrat.

Cette prestation à caractère forfaitaire et accessoire est versée au membre participant par la mutuelle, pour chaque enfant concerné, sur présentation des documents justificatifs et selon les circonstances :

- soit de l'acte de naissance de l'enfant ;
- soit du jugement d'adoption ;
- soit de la photocopie du livret de famille.

ARTICLE 15.6 - ASSISTANCE

Le contrat comprend une garantie « assistance » dans les conditions fixées à l'article L. 221-3 du code de la mutualité.

Les prestations d'assistance et leurs modalités de mise en œuvre ainsi que l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur sont définies dans la notice d'information remise par la Mutuelle MGC sur délégation de l'ANIP préalablement à la conclusion du contrat.

ARTICLE 15.7 - DENTAIRE (Niveau Éco à 5)

Sont couverts à minima, à hauteur du ticket modérateur, les soins dentaires (y compris les consultations dentaires), les soins prothétiques dentaires et dento-faciales.

Pour les prothèses dentaires relevant du panier « à honoraires maîtrisés » ou du panier « à honoraires libres », donnant lieu ou non à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, la mutuelle verse une

participation dans la limite d'un plafond. La nature de ce plafond dépend du niveau dont vous bénéficiez.

Pour les niveaux des gammes TNS, TNS équilibre, TNS experts comptables/avocats, le plafond est exprimé en euros par année civile et par bénéficiaire. Son montant figure au tableau des garanties et varie en fonction du niveau choisi. Ce plafond annuel n'inclut pas la prise en charge du ticket modérateur. Ce plafond tient compte des prestations versées au titre du panier « 100% santé » ainsi que des paniers « à honoraires maîtrisés » et « à honoraires libres ».

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 le même niveau choisi.

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

Pour les niveaux de la gamme Indépendants, le nombre de remboursement est limité à un certain nombre de prothèses par année civile et par bénéficiaire. Ce nombre figure au tableau des garanties et varie selon le niveau choisi.

Une fois ce plafond atteint, pour les soins dentaires prothétiques :

- relevant du panier « 100% santé », la Mutuelle prend en charge en sus du tarif de responsabilité et en complément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, l'intégralité des frais restant à la charge du bénéficiaire dans la limite des honoraires limite de facturation,
- relevant du panier « à honoraires maîtrisés » ou du panier « à honoraires libres », la prise en charge par la mutuelle se fait uniquement à hauteur du ticket modérateur.

La participation de la Mutuelle au titre des actes d'implantologie et de parodontologie pris en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire s'effectue, dans les conditions prévues au tableau des garanties.

La participation au titre de l'implantologie se fait sur présentation d'une facture détaillée acquittée. Seuls les actes d'implantologie et parodontologie faisant l'objet d'une codification dans les conditions prévues par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pourront être pris en charge.

En tout état de cause, pour ce qui concerne la parodontologie non remboursée par la sécurité sociale, seules les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle :

- curetage parodontal
- réaménagement de la gencive péri-implantaire
- chirurgie parodontale par lambeau
- greffe de gencive.

À NOTER : le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en charge. A défaut, le Bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.

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 le niveau le prévoit.

ARTICLE 16 - DÉLAI DE STAGE

Le bénéfice des garanties intervient à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, selon le niveau de garantie souscrit, les prestations ci-dessous sont soumises à un délai de stage. Il est expressément rappelé, qu'aucun remboursement de prestation n'est dû au titre de la garantie si la prestation fait l'objet d'une période de stage.

16.1 Délai de stage applicable à la chambre particulière en établissement de santé.

Un délai de stage d'un mois s'applique à la chambre particulière en établissement de santé. Ce délai de stage est levé si vous produisez un un certificat de radiation

à un organisme complémentaire santé justifiant pour vous et, le cas échéant, vos ayants-droit, d'une couverture en frais de santé, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption supérieure à deux mois entre votre radiation de l'autre organisme et votre adhésion à la mutuelle MGC.

16.2 Délai de stage applicable à l'allocation naissance ou adoption.

Un délai de stage de neuf mois s'applique à l'allocation naissance ou adoption. Ce stage ne peut pas être levé.

CHAPITRE III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 17 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si les cotisations dues à la mutuelle ont été versées.

Sur votre demande expresse, votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin ayant la qualité d'ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la charge.

Sauf demande contraire de votre part, les relevés de prestations sont dématérialisés et accessibles sur l'espace sécurisé « adhérent » mis à votre disposition sur le site internet de la mutuelle.

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- la date des soins ;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Elles sont accompagnées notamment :

- des décomptes de l'assurance maladie obligatoire et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission « NOEMIE » ;
- des factures détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de tiers payant.

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

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

Les frais liés à la transmission à la Mutuelle des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à votre charge.

ARTICLE 18 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf usage du tiers payant, les prestations de frais de santé sont versées, dans un délai maximal ne pouvant excéder 30 jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces, directement par virement sur votre compte ou, le cas échéant, celui de vos ayants droit.

ARTICLE 19 - TIERS PAYANT

Il vous est remis des cartes mutualistes permettant la pratique du tiers payant avec certains professionnels de santé.

Ces cartes restent la propriété de la Mutuelle.

Vous vous engagez, si les cartes de tiers payant sont en cours de validité, à les restituer dans les plus brefs délais suivant la perte de qualité de membre participant ou suivant la résiliation du présent contrat.

Dans la mesure où l'obligation précitée ne serait pas respectée, la Mutuelle pourra tenter une action directe en restitution des sommes indument versées.

Par ailleurs, la Mutuelle peut exercer tous les moyens

juridiques nécessaires en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

ARTICLE 20 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la mutuelle délivre un accord de prise en charge permettant, dans la limite des garanties, le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation) tels que définis par le tableau des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, la mutuelle délivre un accord de prise en charge dans les conditions habituelles. Dans cette hypothèse, vous ou, le cas échéant, vos ayants droit êtes tenus de fournir à la Mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours contre les tiers responsables.

ARTICLE 21 - PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations indûment versées à un Bénéficiaire 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. En cas de prestations indûment versées aux Bénéficiaires du contrat, la Mutuelle se réserve notamment le droit de recouvrer le montant des prestations indues 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.

ARTICLE 22 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par la Mutuelle à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la mutuelle est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 23 - FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER

Sur délégation du Conseil d'administration, la Commission de solidarité Olivier statue sur les demandes d'aides financières ponctuelles émanant du Membre participant, sous réserve que son affiliation soit toujours en cours à la date de la demande et, le cas échéant, que le bénéfice des prestations de la Mutuelle soit ouvert à son ayant droit bénéficiaire si la demande d'aide porte sur une dépense qui le concerne.

La Commission peut, dans les conditions prévues dans ses règles de fonctionnement et dans le cadre d'un budget spécifique voté annuellement, vous attribuer :

- une aide financière relative à une dépense liée à des soins de santé particulièrement coûteux ou liée à un handicap au titre de la dotation du Fonds de secours. Pour bénéficier de cette aide, vous devez avoir une ancienneté au sein de la mutuelle au moins égale à deux années ;
- une aide financière exceptionnelle liée à une situation d'urgence ou de détresse au titre de la dotation du Fonds de solidarité Olivier.

La décision est prise par la Commission, au vu d'un dossier circonstancié, constitué par vos soins.

ARTICLE 24 - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24.1 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La mutuelle se réserve le droit de vous 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.

ARTICLE 24.2 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Vos Données à caractère personnel et celles de vos ayants droit bénéficiaires 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 Contrat ou de mesures précontractuelles :

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

- l'adhésion concomitante à l'Association ANIP (suivi de votre adhésion, cotisation...)
- 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.

Vos données d'identification (nom, prénom) sont également destinées à l'Association ANIP dans le cadre de votre adhésion concomitante à cette dernière.

Les données collectées sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées puis archivées conformément aux 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, vous et vos ayants droit bénéficiaires disposez de droits ci-dessous mentionnés.

Vous avez le droit :

- d'accéder aux données vous concernant. Pour ce faire, la Mutuelle fournit 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.
- de vous opposer, à tout moment, au traitement de vos données à caractère personnel :
 - 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'adhérent 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 des frais.

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

Vous pouvez également obtenir de la Mutuelle :

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

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

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

Vous avez également la possibilité de retirer votre 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, il vous faut adresser une lettre simple à la MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges Hénoque 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.

La Charte de protection des données à caractère personnel de la Mutuelle est disponible sur son site Internet ou sur simple demande. Vous pouvez 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, vous pouvez saisir et introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 24.3 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous 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 WORLDCLINE, Service Bloctel – CS 61311 – 41013 Blois Cedex.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, et sous réserve que vous ne vous y soyez pas expressément opposé, cette inscription n'interdit pas à la mutuelle de vous démarcher téléphoniquement.

ARTICLE 24.4 - 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.

A. RÉCLAMATION

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.

B. MÉDIATION

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 MEDIATEUR DE LA MUTUALITE FRANÇAISE, FNMF 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.

ARTICLE 24.5 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) :

4 PLACE DE BUDAPEST CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.



DÉPLIANT



BAC
DE
TRI