

NOTICE D'INFORMATION « FRAIS DE SANTÉ »

MGC Santé TNS

Applicable au 01/01/2022



PRÉAMBULE	4
DÉFINITIONS PRÉALABLES	4
ARTICLE 1 - OBJET.....	4
ARTICLE 2 - BÉNÉFICIAIRES.....	4
ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION.....	5
ARTICLE 4 - DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 5 - CESSATION DE L'ADHÉSION.....	5
ARTICLE 6 - CESSATION DE LA GARANTIE.....	6
ARTICLE 7 - AYANTS DROIT.....	6
ARTICLE 7.1 - MODALITÉS D'ADHÉSION.....	6
ARTICLE 7.2 - RADIATION.....	6
ARTICLE 8 - FAUSSE DÉCLARATION.....	6
ARTICLE 8.1 - FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.....	6
ARTICLE 8.2 - FAUSSE DÉCLARATION NON-INTENTIONNELLE.....	6
ARTICLE 9 - COTISATIONS.....	6
ARTICLE 10 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS.....	7
ARTICLE 11 - PRESCRIPTION DES ACTIONS.....	7
CHAPITRE II - DÉFINITION DES PRESTATIONS	7
ARTICLE 12 - PRESTATIONS REMBOURSÉES.....	8
ARTICLE 13 - LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS.....	8
ARTICLE 14 - PLAFOND DES REMBOURSEMENTS.....	8
ARTICLE 15 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES.....	8
ARTICLE 15.1 - HOSPITALISATION.....	8
ARTICLE 15.2 - OPTIQUE.....	8
ARTICLE 15.3 - PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES.....	8
ARTICLE 15.4 - NAISSANCE ET ADOPTION.....	8
ARTICLE 15.5 - ASSISTANCE.....	9
ARTICLE 15.6 - DENTAIRE (Formules niveau Éco et 1 à 5).....	9
ARTICLE 16 - DÉLAI DE STAGÉ.....	9
CHAPITRE III - RÉGLEMENT DES PRESTATIONS	9
ARTICLE 17 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS.....	9
ARTICLE 18 - PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	9
ARTICLE 19 - TIERS PAYANT.....	9
ARTICLE 20 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	9
ARTICLE 21 - PRESTATIONS INDUES.....	9
ARTICLE 22 - RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	9
ARTICLE 23 - FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER.....	9
ARTICLE 24 - DISPOSITIONS DIVERSES.....	9
ARTICLE 24.1 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	9
ARTICLE 24.2 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	9
ARTICLE 24.3 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE.....	10
ARTICLE 24.4 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION.....	10
ARTICLE 24.5 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	10
ANNEXE	11
LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT.....	11

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 mutuelle MGC, cette dernière demeure votre seul interlocuteur ou, le cas échéant, votre courtier. Ce contrat vous permet d'adhérer individuellement à l'une des formules de garanties des gammes suivantes :

- MGC Santé INDÉPENDANTS (gamme uniquement distribuée par la mutuelle MGC à compter du 1^{er} janvier 2020) ;
- MGC Santé TNS (gamme uniquement distribuée par le biais du courtage à compter du 1^{er} janvier 2020) ;
- MGC Santé TNS ÉQUILIBRE (gamme uniquement distribuée par le biais du courtage à compter du 1^{er} janvier 2020) ;
- MGC Santé TNS Experts-Comptables/Avocats (gamme uniquement distribuée par le biais du courtage à compter du 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.

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 présent contrat en raison de ses liens avec l'adhérent tels que précisés dans le contrat.

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.

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 laissées à la charge du Bénéficiaire par l'Assurance Maladie Obligatoire 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 et les sages-femmes) 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 auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...).

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 parents 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 soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Nomenclature: documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de l'assurance maladie.

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.

La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins

n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée se fait dans la double limite de :

- 100 % du tarif de responsabilité applicable au médecin n'ayant pas adhéré à l'un de ces dispositifs ;
- du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs, minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité applicable au médecin n'ayant pas adhéré à un de ces dispositifs.

Parcours de soins coordonnés: condition d'un meilleur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire consistant notamment à recueillir l'orientation du médecin traitant avant de consulter un autre médecin.

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. À 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 » auront, à compter respectivement de 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.

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'une des formules 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 à l'Adhésion à la mutuelle MGC. Les statuts de l'ANIP vous sont adressés par la MGC sur simple demande.

Vous avez également la possibilité d'adhérer à l'une des formules 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 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 fiscale 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 ;
 - . jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont rattachés à votre domicile fiscal ;
 - . 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) ;
- 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 celle afférente 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'une des formules de garanties des quatre gammes suivantes :

- MGC Santé INDÉPENDANTS ;
- MGC Santé TNS ;
- MGC Santé TNS ÉQUILIBRE ;
- MGC Santé TNS Experts-Comptables/Avocats.

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

- 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 de la formule 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 formule de garantie, sous réserve de justifier d'une année d'adhésion à l'une des formules 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 emporte à compter de sa prise d'effet renonciation 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 bénéficiaire 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, mentionnée sur l'échéancier, 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 :

- À l'échéance annuelle, tous les ans en le notifiant à la Mutuelle envoyant une lettre recommandée, ou un envoi recommandé électronique, avec accusé réception 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.

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.

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 titre obligatoire, 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 s'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 précitée. 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, adresse et numéro d'adhérent), demeurant..... déclare renoncer à mon adhésion à la garantie Complémentaire santé - Formule (nom de la formule) souscrite 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 lié au salarié par un 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 sur l'honneur de rattachement fiscal ;
- s'agissant des enfants handicapés, un justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées, 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 au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande écrite, 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

À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de votre adhésion à la formule de garantie choisie ou de l'ajout d'un de vos Ayant droit bénéficiaires, vous pouvez demander la radiation de l'un ou de vos Ayants droit 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 bénéficiaire du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« Complémentaire santé solidaire »). Dans ce cas, la radiation prend effet à compter de la date d'ouverture des droits à la « Complémentaire santé solidaire » ;

- si l'Ayant droit adhère, à titre obligatoire, 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'événement.

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 faites, tant par vous que par l'ANIP, 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 ou de celle de l'ANIP, 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 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 ;
- de la formule choisie ;
- de votre département de résidence principale.

La cotisation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction de la formule choisie.

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'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu la connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du 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 de la formule 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 définis aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

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 ;
2. l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée ;
3. 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 ;
4. les équipements d'optique médicale :

Les garanties prennent en charge, selon la formule souscrite 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 plus de 6 ans et moins de 16 ans. Pour les enfants jusqu'à 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 de facturation du dernier équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Par exception, en cas d'évolution de la vue et dans les conditions réglementairement définies il peut être dérogé à ces délais. Si vous ou un de vos Ayants droit bénéficiaires présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la Mutuelle prend en charge deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin), par période de deux ans sous réserve de présentation de l'ordonnance d'un ophtalmologue mentionnant l'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux.

- 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 bénéficiaires 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 le cas échéant et un forfait, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction de la gamme et de la formule souscrite.

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 prises 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.

5. 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 ;

6. 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 ;

7. 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.

Conformément à l'article L.221-5 du Code de la mutualité, toute modification des garanties fera l'objet d'un avenant signé par la Mutuelle et l'ANIP. Dans le cas d'une mise en conformité avec le cahier des charges du Contrat responsable, lesdites modifications seront formalisées dans les conditions prévues par l'article L.221-5, III du Code de la mutualité.

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 ce dernier mais expressément mentionnés au présent contrat.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Sauf exceptions expressément stipulées, les prestations prévues au titre des garanties, visées dans le contrat, 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 à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

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 ;
- 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 rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;

- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (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, convalescence, psychiatrie, etc.) non pris 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 l'article L.861-3 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 L.160-13 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 : 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 garantie, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Est incluse la participation forfaitaire pour certains actes médicaux lourds ;

- 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, convalescence), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Chambre particulière en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : les dépenses afférentes à la chambre particulière dans les établissements de santé sont prises en charge dans les conditions suivantes :

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

- Frais d'accompagnement 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 en annexe dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier. La personne hospitalisée doit être bénéficiaire de la garantie.

ARTICLE 15.2 - OPTIQUE

A. LENTILLES (Formules niveau Éco et 1 à 5)

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

B. CHIRURGIE RÉFRACTIVE (Formules niveau 1 à 5)

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

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 15.3 - PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES

Par exception, 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.

Enfin, dans le cadre d'un forfait annuel, la Mutuelle prend en charge les produits d'homéopathie, selon les conditions définies aux tableaux de garanties, sur présentation d'une facture acquittée par vous ou un ayant droit bénéficiaire et sous réserve de présenter une ordonnance mentionnant ces produits.

ARTICLE 15.4 - NAISSANCE ET ADOPTION

Sous réserve que la formule de garantie le prévoit et dans le respect des dispositions du Contrat « responsable », les frais médicaux liés à l'accouchement ainsi que ceux liés à une adoption, sont remboursés par la Mutuelle sous déduction des remboursements éventuels de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite du plafond fixé au tableau des garanties. La prestation est conditionnée à l'inscription du nouveau-né ou de l'enfant adopté au contrat dans les 30

jours de la naissance ou de l'adoption selon les cas.

Cette prestation à caractère indemnitaire et accessoire est versée au Membre participant par la Mutuelle, sur présentation des factures justificatives acquittées et :

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

ARTICLE 15.5 - 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 15.6 - DENTAIRE (Formules niveau Éco et 1 à 5)

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 de la formule dont vous bénéficiez.

Pour les formules 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 de la formule choisie. 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 la même formule choisie.

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

Pour les formules 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 la formule choisie.

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.

Les remboursements au titre de l'implantologie et la parodontologie pris en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire et au titre des prothèses provisoires et transitoires prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par la garantie en dehors du plafond dentaire annuel mentionné ci-dessus.

Pour les soins d'orthodontie ne donnant pas lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse, par année civile un forfait par an et par Bénéficiaire, si la formule le prévoit.

ARTICLE 16 - DÉLAI DE STAGE

Le bénéfice des garanties intervient à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Par exception, selon la formule de garantie souscrite, les prestations ci-dessous sont soumises à un délai de stage :

- **chambre particulière en établissement de santé : un mois ;**
- **prestation « naissance ou adoption » : neuf mois.**

Ce délai de stage est décompté à partir de la date d'effet de la garantie et s'applique à tous les Bénéficiaires de

la formule et, le cas échéant, lors de l'adjonction d'un Bénéficiaire.

Toutefois, le délai de stage est supprimé :

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

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

CHAPITRE III - RÉGLEMENT 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 sa 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 originaux 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 originales 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 de tiers payant, les prestations de frais de soins 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 santé 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 annexes au contrat.

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 auprès des organismes d'assurances concernés.

ARTICLE 21 - PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations indument versées à un Bénéficiaire ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant, la Mutuelle récupère les sommes indument versées par tous moyens mis à sa disposition. En cas de prestations indument 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'il 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 une année ;
- 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 DONNÉES 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 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 :

- . 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.

• 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) 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 des 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.
- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs 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 au règlement mutualiste;
- 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 accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité 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

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. Avant d'introduire toute réclamation auprès de la CNIL, vous êtes invités à contacter la Mutuelle aux coordonnées ci-dessus mentionnées.

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 OPPOSETEL, SERVICE « BLOCTEL », 6 RUE NICOLAS SIRET 10000 TROYES.

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

Toute réclamation relative à l'application ou à l'interprétation du contrat est à adresser au service « relation adhérent » de la Mutuelle. Une réclamation est une déclaration actant de votre mécontentement, fondé ou non, envers la mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande

d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par le service « relation adhérent », vous avez la possibilité de saisir le service « réclamations » en adressant un courrier circonstancié à l'adresse postale suivante : MGC SERVICE RÉCLAMATION TSA 91347 75621 PARIS CEDEX 13.

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

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir, dans un délai d'un an à compter de sa première réclamation, le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française :

- soit à l'adresse suivante : MONSIEUR LE MEDIATEUR DE LA MUTUALITE FRANÇAISE, FNMF 255 RUE DE VAUGIRARD 75719 PARIS CEDEX 15;
- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

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.

ANNEXE**LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT**

PRESTATIONS	PIÈCES A FOURNIR	
	EN CAS DE TÉLÉTRANSMISSION*	EN CAS D'ABSENCE DE TÉLÉTRANSMISSION*
Soins remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		
Tous les soins remboursés par l'AMO, sauf les 5 types de soins ci-dessous	-	Relevé de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) où figure le détail des soins et actes à rembourser.
Hospitalisation	Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du Bénéficiaire.	Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du Bénéficiaire.
	Copie du bulletin d'hospitalisation.	Copie du bulletin d'hospitalisation.
Lunettes - si évolution justifiée de la vue ou si double équipement en cas d'intolérance ou de contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux	Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue accompagnées de la dernière facture acquittée.	Relevé de remboursement de l'AMO.
	Copie de l'ordonnance mentionnant ordonnance ophtalmologique précisant une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux.	Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue accompagnées de la dernière facture acquittée. Copie de l'ordonnance mentionnant ordonnance ophtalmologique précisant une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux.
Prothèses dentaires	Original de la facture du dentiste acquittée précisant le n° des dents.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Original de la facture acquittée du dentiste précisant le n° des dents.
Implantologie, couronnes sur implant	Original de la facture détaillée du dentiste précisant le n° des dents.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Original de la facture acquittée détaillée du dentiste précisant le n° des dents.
Parodontologie	Original de la facture acquittée détaillée du dentiste.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Original de la facture acquittée détaillée du dentiste.
Soins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		
Lentilles	Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire.	
	Copie de l'ordonnance.	
Autres soins	Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical.	
Implantologie	Original de la facture détaillée acquittée, précisant les numéros de dent.	
Parodontologie	Original de la facture détaillée acquittée, précisant la localisation dentaire.	
Produits d'homéopathie	Copie de l'ordonnance et originale de la facture détaillée acquittée.	
Allocation naissance et adoption	Acte de naissance ou copie du jugement d'adoption simple ou plénière.	

CAS PARTICULIER : Si vous bénéficiez de l'avance de frais (tiers payant) sur la part remboursée par l'AMO mais que vous faites l'avance de la part mutuelle qu'il y ait télétransmission ou pas, adressez-nous la facture originale acquittée du ticket modérateur. Ceci vaut aussi pour les médecins de ville (généralistes ou spécialistes) : pensez-à leur demander la facture acquittée du ticket modérateur.

* Télétransmission : échanges de flux informatiques avec le régime d'Assurance Maladie Obligatoire. Pour vérifier si la télétransmission fonctionne correctement sur votre dossier, il suffit de regarder les relevés de remboursement édités par votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.

Si la mention « transmis à la Mutuelle Générale des Cheminots » ou « à votre organisme complémentaire » apparaît sur vos relevés, la télétransmission fonctionne.

Si aucune mention n'apparaît, vous ne bénéficiez pas de la télétransmission.

