

Règlement mutualiste

Gammes Labellisées

En vigueur au 1^{er} janvier 2024



Table des matières

DÉFINITIONS	4
INTRODUCTION	4
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	5
ARTICLE 1 – BÉNÉFICIAIRES	5
ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION	5
ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES	5
ARTICLE 4 – CHANGEMENT DE GARANTIE (FORMULE OU GAMME)	6
ARTICLE 5 – MISE À JOUR DES INFORMATIONS	6
ARTICLE 6 – MODALITÉS DE RÉSILIATION	6
ARTICLE 7 – CESSATION DES GARANTIES ET CONSÉQUENCES	7
ARTICLE 8 – AJUSTEMENT DES GARANTIES–RÉVISION	7
ARTICLE 9 – FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	7
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION	7
ARTICLE 11 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	7
ARTICLE 12 – RÉCLAMATION – MÉDIATION – OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	8
ARTICLE 13 – DISPOSITIONS DIVERSES	9
CHAPITRE II – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	9
ARTICLE 14 – FORMULES DE GARANTIES PROPOSÉES	9
ARTICLE 15 – OBJET DES GARANTIES ET CONTRAT RESPONSABLE	9
ARTICLE 16 – PRESTATIONS PRÉVUES DANS LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	10
ARTICLE 17 – ALLOCATIONS DIVERSES	12
ARTICLE 18 – PLAFOND DE GARANTIE – LIMITE DE REMBOURSEMENTS	12
ARTICLE 19 – EXCLUSIONS	12
ARTICLE 20 – MODALITÉS ET DÉLAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 21 – SUBROGATION	13
ARTICLE 22 – PRESTATIONS INDUES	13
CHAPITRE III – AUTRES SERVICES OU PRESTATIONS EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	13
ARTICLE 23 – GARANTIES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	13
ARTICLE 24 – SERVICES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	13
CHAPITRE IV – COTISATIONS	13
ARTICLE 25 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA DÉTERMINATION DES COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	13
ARTICLE 26 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES AUX COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	14
ARTICLE 27 – PAIEMENT DES COTISATIONS	14
ARTICLE 28 – NON PAIEMENT DES COTISATIONS	14
LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT	15

DÉFINITIONS

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

100 % Santé : Dispositif par lequel les Adhérents et Ayants droit couverts par un contrat de Complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les Complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs 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 : désigne le lien contractuel entre le Membre participant et la Mutuelle découlant de la souscription à titre individuel d'une garantie Complémentaire santé.

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

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

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

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

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

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

Co-signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) : personne ayant conclu avec le Membre participant un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil.

Contrat « responsable » : contrat d'assurance complémentaire de frais 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.

Dépassement d'honoraires : part des honoraires

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

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

Établissements de soins de suite : l'offre de soins en SSR s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques. La liste complète des centres de Soins de Suite et de Réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social.com.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

OPTAM et OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale et visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tiers payant : dispense d'avance de frais par les Bénéficiaires. Ces derniers sont payés directement par les Assurances Maladie Obligatoire et/ou Complémentaire auprès des professionnels où ils ont été engagés.

INTRODUCTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent Règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels

existant entre la mutuelle MGC et chaque Membre participant, qui a souscrit, à titre individuel, une formule de garantie Complémentaire santé (opérations individuelles), parmi la gamme dédiée aux « Agents du public ».

Il détermine les conditions d'application de ces formules de garantie frais de santé, notamment en ce qui concerne les prestations et les cotisations y afférentes et s'impose au Membre participant et aux Ayants droit.

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

Il est à préciser que la gamme « Agents du public » visée par le présent règlement, s'inscrit dans le cadre des dispositions du décret no 2011-1474 du 8 novembre 2011 et des arrêtés du 8 novembre 2011 qui fixent les conditions dans lesquelles les collectivités territoriales et les établissements publics peuvent participer au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Cette gamme bénéficie d'un label, délivré par un prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution et figure sur la liste des contrats et règlements labellisés.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 1 – BÉNÉFICIAIRES

Conformément à l'article 10 des Statuts, peut adhérer à la mutuelle, en qualité de Membre participant et souscrire, à titre individuel, à l'une des formules de garantie Complémentaire santé de cette gamme :

- Toute personne physique majeure, affiliée à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, sans limitation d'âge, partageant l'esprit mutualiste et de solidarité sociale de la Mutuelle et répondant à l'une des conditions suivantes :
 - être fonctionnaire de l'État, fonctionnaire territorial ou fonctionnaire hospitalier en activité ;
 - être Agent non titulaire de droit public et de droit privé en activité au sein d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ;
 - être Agent retraité.

À NOTER : conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la Mutualité, tout enfant âgé de plus de 16 ans, peut, sans l'intervention de son représentant légal, être inscrit comme Membre participant.

Le Membre participant qui fait acte d'adhésion à la Mutuelle est désigné dans le présent règlement « l'Adhèrent ».

L'Adhèrent peut procéder à l'inscription des Ayants droit ci-dessous définis, sous réserve de les inscrire à la même formule de garantie que celle qu'il a choisie.

- Sont considérés comme Ayant droit :
 - Le Conjoint de l'Adhèrent, légalement marié 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, le concubin de l'Adhèrent, sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.
 - Les enfants à charge de l'Adhèrent et de son Conjoint.

Sont réputés à charge de l'Adhèrent, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation :

- les enfants jusqu'à leur 25^e anniversaire (sans justificatif), quelle que soit leur situation (salariés ou non) ;
- les enfants jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime

étudiant de Sécurité sociale ou, à titre subsidiaire, à tout autre régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;

- les enfants 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 les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion du Membre participant et le cas échéant de ses Ayants droit est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment rempli. Préalablement à l'adhésion, il est remis sur support durable (papier ou électronique) une fiche d'information décrivant les droits et obligations réciproques du Membre participant et de la Mutuelle, le document retraçant les besoins et exigences du Membre participant ainsi que le conseil qui lui a été donné, ainsi que le « document d'information normalisé sur le produit d'assurance ».

La signature du bulletin d'adhésion par l'Adhèrent emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle et du présent règlement ainsi que, le cas échéant de la Notice d'information assistance.

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

- le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé par l'Adhèrent ;
- le document retraçant les besoins et exigences du membre participant ainsi que le conseil qui lui a été donné dûment complété, daté et signé par l'Adhèrent ;
- Si l'Adhèrent souhaite que la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour son compte, le mandat dûment complété et signé ainsi que de la copie de sa carte de tiers payant ou de son précédent contrat à une garantie de Complémentaire santé ;
- Le cas échéant, l'attestation de résiliation remise par l'assureur précédent sur laquelle figure la date d'effet de la résiliation ;
- une photocopie de l'attestation des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM, Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire et autres caisses (ex : Mutualité Sociale Agricole)) de l'Adhèrent ;
- une photocopie de l'attestation des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire des Ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion.
- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité de l'Adhèrent (carte nationale d'identité ou passeport) ;
- un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le versement des prestations. Si l'Adhèrent n'est pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) devra être fournie ainsi que le formulaire de versement des prestations sur le compte d'un tiers dûment complété ;
- un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le paiement des cotisations. Si l'Adhèrent n'est pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) ainsi que le mandat SEPA dûment complété avec les données du compte du tiers ;
- le cas échéant, un certificat de radiation d'un précédent organisme complémentaire santé datant de moins de deux mois dans l'hypothèse où le Membre participant et/ou ses Ayants droit possédai(en)t déjà une garantie Complémentaire santé,
- le cas échéant, pour les enfants de 25 à 28 ans inscrits sur le contrat de l'un des parents et

poursuivant leurs études, un certificat de scolarité en cours de validité et l'attestation d'affiliation au régime étudiant de la Sécurité sociale ou, à titre subsidiaire, l'attestation des droits à toute autre régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;

- le cas échéant, pour les enfants de plus de 25 ans atteints d'un handicap, la production d'une pièce justifiant du handicap (ex : attestation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)).

Sur le bulletin d'adhésion, l'Adhèrent opte pour l'une des formules de garantie frais de santé labellisées proposées.

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

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

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

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

ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

3.1 – Date d'effet

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 l'Adhèrent et, le cas échéant, ses Ayants droit produit(ont) un certificat de radiation d'un organisme Complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, les garanties prennent effet le lendemain de la date de radiation.

Dans le cas où la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour le compte de l'Adhèrent de ses 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 l'assureur précédent.

Le droit aux prestations s'applique à compter de la prise d'effet des garanties, à l'exception de certaines prestations, soumises le cas échéant à un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties.

L'inscription ultérieure d'un Ayant droit au contrat 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. Toutefois, dans le cas de l'inscription d'un enfant nouveau-né, l'adhésion prend effet au jour de la naissance, si l'adhésion intervient dans les 30 jours de sa naissance.

3.2 – Durée, renouvellement

L'adhésion à la garantie Complémentaire santé est annuelle et produit effet du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhèrent, dans les conditions de l'article 6.1 du présent règlement.

3.3 – Faculté de renonciation

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

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

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

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

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

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

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

Dans les deux cas, pour exercer son droit de renonciation, l'Adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous et doit joindre, impérativement, les deux exemplaires de sa carte de tiers payant en cours de validité :

Je soussigné(e) M.(Nom, prénom et numéro d'adhérent), demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la garantie Complémentaire santé – Formuleconclue le (date) auprès de la mutuelle MGC ; Fait le (date)signature

ARTICLE 4 – CHANGEMENT DE GARANTIE (FORMULE OU GAMME)

Le choix du niveau de garantie est effectué par l'Adhérent au moment de son adhésion et s'applique à l'ensemble de ses éventuels Ayants droit pour une durée minimale d'une année.

Après un an d'adhésion au niveau de garantie choisi, l'Adhérent a la possibilité de demander le changement de niveau de garantie ou de gamme sous réserve qu'il soit à jour de ses cotisations. Dans cette hypothèse, 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 lui-même et ses Ayants droit éventuels et ce pour une durée minimale d'une année.

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 la situation familiale de l'Adhérent ;
- changement de régime obligatoire ;
- bénéfique ou perte d'aide au financement de la Complémentaire santé ;
- rupture du contrat de travail de l'Adhérent ;
- demande de liquidation des droits à l'assurance vieillesse de l'Adhérent ;

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.

ARTICLE 5 – MISE À JOUR DES INFORMATIONS

L'Adhérent doit informer par courrier la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit l'événement de toute modification dans sa situation ou celle de ses Ayants droit, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations.

Il en est ainsi notamment des changements suivants :

- Le changement de domicile (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ;
- Le changement de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Le changement de régime d'Assurance Maladie Obligatoire (ex : régime local Alsace Moselle...) ;
- La modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite ;
- Le changement de compte bancaire (envoi du nouvel IBAN).

Sauf indications contraires, ces modifications sont prises en compte au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier. Toutes les modifications donnent lieu à l'édition d'une notification et/ou d'une carte d'adhérent. L'Adhérent doit s'assurer que la notification correspond avec exactitude à la prise en compte des renseignements qu'il a fournis. À réception de cette nouvelle notification, l'Adhérent dispose d'un délai de 2 mois pour informer la Mutuelle de toute information erronée constatée ; à défaut, les modifications opérées sont acceptées par l'Adhérent.

ARTICLE 6 – MODALITÉS DE RÉSILIATION

6.1 – Résiliation des garanties à l'initiative de l'Adhérent

- ☐ A l'échéance annuelle

L'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son adhésion tous les ans en le notifiant à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31

octobre au plus tard. La démission prend effet au 1^{er} jour de l'année suivante.

- En application de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité

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

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

- En cours d'année pour les événements suivants :

- L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif Complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. Cette attestation devra notamment exposer la nature des garanties, son caractère obligatoire, la date d'effet de l'adhésion du salarié et de ses éventuels Ayants droit, et le caractère obligatoire du régime au profit des Ayants droit. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.
- Si l'Adhérent bénéficie de la Complémentaire santé solidaire (CSS), il peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion sous réserve de produire l'attestation d'ouverture des droits à la CSS. La résiliation de la garantie prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la CSS.
- En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle : Lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure du Membre participant et qui ne se retrouvent pas dans sa situation nouvelle, tant la Mutuelle que le Membre participant peuvent dénoncer l'adhésion.

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

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

- Une lettre ou tout autre support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,

- Le même mode de communication à distance que celui utilisé pour l'adhésion.

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

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

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

En tout état de cause, l'adhérent doit notifier sa démission à la Mutuelle. Celle-ci peut se faire par :

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

À NOTER : Afin de préserver les droits acquis en matière de prestations, si un Adhèrent est appelé, dans le cadre de son activité professionnelle, à être détaché à l'étranger, celui-ci peut solliciter, sur demande expresse, à la Mutuelle, la suspension temporaire de sa garantie frais de santé. La suspension prend effet au premier jour du mois qui suit la demande écrite de l'Adhèrent. Aucune prestation ni cotisation n'est due. Sur demande de l'Adhèrent notifiée à la Mutuelle, la garantie reprend effet, au plus tard dans le trimestre qui suit la fin de l'événement à l'origine de la suspension.

6.2 – Radiation d'un ayant droit

À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion à la formule de garantie choisie ou de l'ajout d'un ou de ses Ayants droit, l'Adhèrent peut demander la radiation de l'un ou de ses Ayants droit en adressant à la Mutuelle une demande écrite sur tout support durable. La radiation prend effet au 1^{er} jour suivant la date de réception par la Mutuelle de la demande.

Toutefois, par dérogation, l'Adhèrent peut solliciter par écrit sur tout support durable, avant l'expiration du délai d'un an, la radiation d'un ou des 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 visées à l'article 1 ;
- en cas de changement de la situation familiale en raison d'une séparation ou d'un divorce : dans ce cas, la radiation peut viser le conjoint, le concubin ou le partenaire du PACS et/ou ses Ayants droit ;
- lorsque l'enfant Ayant droit n'est plus à la charge de l'adhérent.

L'Adhèrent peut également solliciter par écrit sur tout support durable, avant l'expiration du délai d'un an, la radiation d'un ou des Ayants droit :

- en cas de bénéfice d'un régime collectif Complémentaire santé à adhésion obligatoire, en qualité soit de titulaire, soit d'Ayant droit. La demande de radiation de l'Ayant droit doit être accompagnée d'une pièce justificative (attestation employeur) et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. Cette attestation devra notamment exposer la nature des garanties, son caractère obligatoire, la date d'effet de l'adhésion du salarié et de ses éventuels Ayants droit, et le caractère obligatoire du régime au profit des Ayants droit. La résiliation de la garantie prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la notification de la demande dûment justifiée.
- si l'Ayant droit bénéficie de la CSS, sous réserve de produire l'attestation d'ouverture des droits à la CSS. La radiation de l'Ayant droit prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la CSS.

En cas de décès de l'Ayant droit, la radiation prend

effet au jour du décès. La Mutuelle restitue à l'Adhèrent 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.

6.3 – Exclusion

Sont exclus les Adhérents et les Ayants droit qui auraient causé volontairement un préjudice dûment constaté aux intérêts de la Mutuelle et dans les cas prévus par les Statuts. L'exclusion est prononcée par le Conseil d'administration.

ARTICLE 7 – CESSATION DES GARANTIES ET CONSÉQUENCES

Les garanties cessent :

- en cas d'exercice par l'Adhèrent de sa faculté de renonciation ;
- en cas de résiliation de la garantie par l'Adhèrent, laquelle entraîne, à la même date, la cessation des garanties des Ayants droit inscrits ;
- en cas de non paiement des cotisations par l'Adhèrent ;
- au jour du décès de l'Adhèrent figurant sur l'extrait de l'acte de décès transmis à la Mutuelle ;
- au dernier jour du mois où l'Adhèrent ne remplit plus les conditions d'adhésion fixées à l'article 1 ;
- pour tous les Ayants droit de l'Adhèrent, à la date à laquelle ils cessent de remplir les conditions d'adhésion fixées à l'article 1 ou à la date de prise d'effet de leur radiation.

En cas de cessation des garanties en cours de mois, tout mois d'adhésion entamé entraîne le versement de la cotisation afférente. Toutefois, dans le cas du décès de l'Adhèrent, la Mutuelle restitue la part de cotisation correspondant à la période postérieure à la date du décès.

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

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

ARTICLE 8 – AJUSTEMENT DES GARANTIES – RÉVISION

Les cotisations et prestations afférentes aux formules de garantie frais de santé peuvent être révisées chaque année par l'Assemblée générale ou sur délégation par le Conseil d'administration de manière à garantir son équilibre technique.

De même, les prestations et les cotisations peuvent être révisées à tout moment, en cas d'évolution de la législation de la Sécurité sociale entraînant une modification des engagements de la Mutuelle (tarif de responsabilité, conditions de remboursement et de prise en charge...) ou en cas d'évolution de la législation fiscale ou sociale.

Les modifications prennent effet, au plus tôt à la date de leur entrée en vigueur, dès lors qu'elles ont été notifiées, par tout moyen, à l'Adhèrent. Les modifications relatives aux cotisations et prestations afférentes aux garanties Frais de Santé sont communiquées à l'Adhèrent par tout moyen et notamment par le biais de la revue d'informations périodiques de la Mutuelle. La notification des modifications prend également effet effectuée par le biais de tout autre support durable autorisé par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 9 – FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

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

Elle peut également prononcer l'annulation de

l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ; dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu la connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ; quand l'action du Membre participant, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes : impossibilité d'agir, minorité, recours à la médiation, à la conciliation, à la procédure participative, mesure d'instruction, action de groupe, demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de :

- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhèrent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'Adhèrent ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le paiement de la prestation.

ARTICLE 11 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

- En exécution du Règlement ou de mesures précontractuelles.

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

- la réalisation d'études des besoins permettant de proposer des garanties cohérentes avec les besoins et exigences de l'Adhèrent ;
- 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'Adhèrent ;

- 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, délégués de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance), à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

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

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

- d'accéder aux données les concernant. Pour ce faire, la Mutuelle fournit à l'Adhérent une copie des données à caractère personnel faisant l'objet de

traitements, sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits et libertés d'autrui. La Mutuelle peut exiger le paiement de frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs pour toute copie supplémentaire demandée par l'Adhérent ou ses ayants droit.

- de s'opposer, à tout moment, au traitement de leurs données à caractère personnel les concernant :
 - à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection ;
 - fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement.

Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de tiers payant. Si l'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 de frais.

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

Ils peuvent également obtenir de la Mutuelle :

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

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

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

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

Pour exercer l'un des droits susvisés, l'Adhérent ou ses Ayants droits Bénéficiaires adresse une lettre simple à la mutuelle MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges 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.

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

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

ARTICLE 12 – RÉCLAMATION – MÉDIATION – OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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.

12.1 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.

12.2 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.

12.3 Opposition au démarchage téléphonique

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

- par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ;

- ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministre chargé de l'économie pour la gérer, Société WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.

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

ARTICLE 13 – DISPOSITIONS DIVERSES

13.1 – Organisme de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

13.2 – Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

À NOTER : PERTE DU LABEL GAMME LABELLISÉE

Dans le cas où le label associé à la gamme fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement par le prestataire habilité par l'ACPR, la Mutuelle informe l'Adhérent, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation prévue à l'article 28 du décret no2011-1474 du 8 novembre 2011. Le retrait ou le non-renouvellement du label prend effet pour l'Adhérent à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. En tout état de cause, la garantie n'est dans ce cas plus éligible à la participation de la collectivité publique employeur.

Lorsque la Mutuelle reçoit directement la participation financière de la collectivité territoriale ou de l'établissement public dont relève l'Adhérent, elle informe également cette dernière de la décision de retrait ou de non-renouvellement du règlement. Cette information est donnée par l'Adhérent concerné, lorsque la participation de son employeur lui est versée directement.

CHAPITRE II – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 14 – FORMULES DE GARANTIES PROPOSÉES

L'Adhérent peut souscrire, au titre de la Gamme « Agents territoriaux » l'une des formules de garantie frais de santé suivantes :

- - Formules : ESSENTIEL ECO, ESSENTIEL, ESSENTIEL PLUS ;
- - Formules : CONFORT, CONFORT PLUS, CONFORT EXTRA ;
- - Formule SÉRÉNITÉ.

Chaque formule de garantie figure au tableau de garanties joint au présent règlement.

Les prestations relatives à chacune de ces formules, leurs montants ainsi que les cotisations correspondantes sont arrêtés, chaque année, par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'administration.

ARTICLE 15 – OBJET DES GARANTIES ET CONTRAT RESPONSABLE

15.1 – Objet des garanties

Les garanties ont pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux en cas d'accident, de maladie ou de maternité engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément

des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les frais de santé concernés par la garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sauf dispositions prévues à l'article 16.8.

Par dérogation, certains frais de soins de santé inscrits à la nomenclature mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu à un remboursement par la Mutuelle selon la formule de garantie choisie.

Si la formule de garantie le prévoit, une allocation forfaitaire en cas de mariage et lors d'une naissance-adoption peut être versée par la Mutuelle.

15.2 Contrat solidaire et responsable

Les garanties Complémentaires santé définies au présent Règlement mutualiste sont solidaires et responsables.

En raison de leur caractère solidaire, aucun recueil d'informations médicales n'est opéré par la Mutuelle lors de l'adhésion et le montant des cotisations n'est pas fixé et n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'Adhérent ou de ses Ayants droit.

En raison de leur caractère responsable, les garanties respectent les exclusions (prévues à l'article 19 du présent Règlement mutualiste) et obligations minimales et maximales de prise en charge définies dans le cahier des charges des Contrats responsables aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

A ce titre, les garanties prennent en charge :

- l'intégralité de la participation de l'Adhérent ou ses Ayants droit définie 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 (ticket modérateur). 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 Obligatoire est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques. En conséquence, le montant remboursé par la Mutuelle pour ces derniers postes de dépenses dépend de la garantie souscrite, définie au tableau des garanties remis à l'Adhérent.
- l'intégralité du forfait journalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale en établissements hospitaliers ou médico-sociaux, sans limitation de durée.
- les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives selon les conditions et dans la limite des plafonds et planchers fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et au tableau des garanties.

Les garanties permettent à l'Adhérent et le cas échéant à ses Ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations liées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Elles peuvent, selon la garantie souscrite, prendre en charge les dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ne peut excéder 100% du tarif de responsabilité ;

- la prise en charge des dépassements d'honoraires doit être minorée de 20% du tarif de responsabilité par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO).

15.3 – Bases de remboursement des prestations

La Mutuelle garantit le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale en tenant compte, dans le cadre de ces formules de garantie « responsables », du respect par l'Adhérent et ses Ayants droit du parcours de soins coordonnés.

Les garanties sont exprimées en pourcentage des Bases de remboursement de la Sécurité sociale, sauf indications contraires.

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base d'un tarif forfaitaire défini par la réglementation et servant de Base de remboursement à l'Assurance Maladie Obligatoire (Tarif d'autorité), sous déduction de la participation versée par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1^{er} janvier au 31 décembre sans proratisation en cas d'adhésion en cours d'année (hors garantie optique). Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois dans la limite des dépenses engagées.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, pour un acte ou un soin :

- si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime d'Assurance Maladie Obligatoire et du régime Complémentaire ne peut excéder 100% de la Base de remboursement conventionnelle.
- si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la Mutuelle n'inclut pas le montant du ticket modérateur, lequel est déjà pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Certains remboursements sont plafonnés conformément aux tableaux des garanties.

Les soins couverts sont ceux dont le fait générateur intervient à partir de la date d'effet de la garantie et jusqu'à la date de cessation des garanties.

Sauf exception précisée de manière explicite le cas échéant, les soins ne sont pas couverts lorsque le fait générateur est intervenu avant la date d'effet de la garantie ou après la date de cessation des garanties.

Est considéré comme fait générateur :

- pour les frais de santé en général : la date des soins figurant sur le décompte de remboursement de la Caisse d'Assurance Maladie. À défaut, la date de prescription des soins est retenue, sauf dans le cas de traitements répétitifs pour lesquels la date du traitement est prise en compte.
- pour l'hospitalisation, la date d'hospitalisation.
- pour les allocations mariage et naissance-adoption : la date de survenance de l'événement.

15.4 – Délai d'attente (ou 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 peuvent être soumises à un délai d'attente :**

- **Chambre particulière en établissement de santé (hors établissement médico-sociaux et longs séjours) : 2 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 l'Adhérent produit un certificat de radiation à un organisme Complémentaire santé, justifiant pour lui et, le cas échéant, ses Ayants droit du bénéfice de garanties au moins équivalentes à la date d'adhésion, sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption supérieure à deux mois.

Aucun remboursement de prestation n'est dû au titre de la garantie si la prestation fait l'objet d'un délai d'attente.

ARTICLE 16 – PRESTATIONS PRÉVUES DANS LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

16.1 – Soins courants

Sont notamment visés par ce poste, dans les conditions prévues par la garantie 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 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, de prothèses mammaires et/ou capillaires donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et dont la liste figure au tableau de garantie, 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 de garantie.

Pour la location de grand appareillage donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse uniquement le ticket modérateur.

Pour l'achat d'un glucomètre non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse un forfait annuel dont le montant figure au tableau de garantie. Sous réserve de dispositions contraires, le paiement est fait par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

- 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 MonPsy (<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.

16.2 – Prévention et médecines alternatives

En fonction de la garantie souscrite et selon les conditions définies au tableau de garantie, 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 de la garantie, 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 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 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 praticien dédié et la fourniture des produits est prélevée sur le forfait produit d'homéopathie, conformément au tableau de garantie.

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.

16.3 – 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 ;
- les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non ;
- 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.

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

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

Honoraires : 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, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues par la garantie, telles que définies 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 (OPTAM ou OPTAM-CO).

Participation forfaitaire pour actes lourds : elle correspond à la participation ci-dessus rappelée, et prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.

Il s'agit d'un 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 1^{er} 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 le régime obligatoire.

Forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux et unités de soins pour 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 en établissements de santé sont prises en charge, selon la formule de garantie souscrite, conformément à ce qui est défini au tableau des garanties dans les conditions suivantes :

- en médecine, chirurgie et obstétrique, en convalescence : sans limitation de durée ;
- 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) : sans limitation de durée ;
- en psychiatrie : 30 jours ou 90 jours par année civile selon la garantie souscrite ;
- en ambulatoire (sans hébergement) : le cas échéant, selon la garantie souscrite.

Frais d'accompagnement : selon la formule de garantie souscrite, la Mutuelle verse, lors de l'hospitalisation d'un bénéficiaire répondant aux conditions définies au tableau de garantie, pour les frais d'accompagnement, une allocation journalière, dont le montant figure dans le tableau de garantie, dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier ou la maison d'accueil adhérente à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières et d'un nombre de jour fixé par an. En tout état de cause, seuls les repas fournis par l'établissement hospitalier pourront faire l'objet d'une prise en charge.

16.4 – Optique

16.4.1 Équipement optique (une monture et deux verres)

16.4.1.1 Dispositions générales

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 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.

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'Adhérent ou l'Ayant droit présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant 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.

Entrent dans la catégorie des verres simples 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.

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

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

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

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

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 exposés par l'Adhérent ou ses Ayants droit dans la limite des « prix limites de vente » prévus par les textes en vigueur.

16.4.1.2 Dispositions spécifiques

Pour l'acquisition d'un équipement optique relevant du panier « à tarifs libres » donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire :

- Pour les formules de garanties ESSENTIEL ECO et ESSENTIEL, la Mutuelle prend en charge les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants droit uniquement à hauteur du ticket modérateur s'il y a lieu ;
- Pour les autres formules de garanties, la Mutuelle verse :
 - pour la monture : le ticket modérateur le cas échéant et un forfait, dont le montant figure au tableau de garantie et varie en fonction de la formule et du niveau de garantie souscrit. Pour chaque niveau de garantie, le montant indiqué pour la monture représente la prise en charge maximale réservée à la monture au titre de l'équipement optique.
 - pour les verres correcteurs : le ticket modérateur le cas échéant et un forfait, dont le montant figure au tableau de garantie, par verre en fonction de la correction visuelle.

16.4.1.3 Offreclair

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair, l'Adhérent ou ses Ayants droit peuvent bénéficier du remboursement intégral de leur 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.

16.4.2 Lentilles

Pour l'acquisition de lentilles de contact, remboursées ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire, la mutuelle verse, en fonction des garanties, un forfait annuel ou un forfait par acte, dont le montant figure au tableau de garantie et varie en fonction de la formule et du niveau de garantie souscrite. Selon la formule souscrite, les produits d'entretien sont pris en charge au titre de ce forfait.

16.4.3 Chirurgie réfractive (myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie ; y compris l'implant oculaire) :

Selon la formule souscrite, 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 de garantie et est exprimé par œil et par Bénéficiaire. Le forfait implant oculaire n'est déclenché qu'à la condition pour le bénéficiaire de présenter une facture spécifique à l'implant et distincte de celle des honoraires du chirurgien.

À NOTER : le tiers payant pour la chirurgie réfractive (hors implant oculaire) s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en Charge. À défaut, le bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.

16.5 – Cures thermales

Les cures thermales sont remboursées par la Mutuelle dans les conditions définies par la formule de garantie souscrite, sous réserve de leurs prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Mutuelle rembourse, s'il y a lieu, et dans les conditions définies par la formule de garantie souscrite, le ticket modérateur pour les frais de transport, d'hébergement et de surveillance médicale pris en

charge par la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire du Bénéficiaire.

Si la garantie le prévoit, le forfait hébergement sera versé dès lors que la cure est prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et ce, même si cette dernière ne prend pas en charge l'hébergement.

Le versement de ce forfait est conditionné à la présentation d'une facture délivrée par un tiers, justifiant l'engagement d'une dépense pour l'hébergement, et est en tout état de cause limité à la dépense engagée et au montant du forfait prévu au tableau de garanties. **Sont expressément exclus les hébergements appartenant au Membre participant ou à son Ayant droit.**

16.6 – Dentaire

16.6.1 Soins

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

16.6.2 Prothèses dentaires remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire

Du fait de la réforme 100% santé il existe 3 paniers de soins dentaires prothétiques : le panier « 100% santé », le panier « à honoraires maîtrisés » et le panier « à honoraires libres ».

La prise en charge de la Mutuelle est définie ci-après et au tableau des garanties selon la formule souscrite.

16.6.2.1 Soins et Prothèses 100% santé

Pour les soins dentaires prothétiques relevant du panier « 100% santé » tel que défini règlementairement, donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants droit **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie Obligatoire ou en l'absence de Convention applicable par le Règlement arbitral adopté en conséquence.**

16.6.2.2 Prothèses

Pour les soins dentaires prothétiques relevant du panier « à honoraires maîtrisés » ou du panier « à honoraires libres », donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse, en sus du ticket modérateur, une participation **dans la limite d'un plafond exprimé en euros par année civile et par Bénéficiaire**, dont le montant figure au tableau des garanties et qui 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 ».**

Une fois ce plafond atteint, la participation de la Mutuelle se fait uniquement à hauteur du ticket modérateur (pour les soins et prothèses du panier « 100% santé » la participation de la Mutuelle reste celle prévue à l'article 16.6.2.1).

Pour les soins dentaires prothétiques entrant dans le panier « à honoraires maîtrisés », la prise en charge de la Mutuelle, selon la garantie souscrite et telle que définie au tableau des garanties, se fera **dans de la limite des honoraires de facturation fixés par la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie Obligatoire ou à défaut de convention applicable par le Règlement arbitral adopté en conséquence.**

16.6.3 Orthodontie

Pour les soins d'orthodontie donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse, le cas échéant, pendant cinq ans maximum, une allocation **exprimée en pourcentage du tarif de convention ou en euro** dont le montant figure au tableau des garanties. **Les dépassements d'honoraires sont pris en charge uniquement pour les**

actes de traitement actif (TO 45, TO 90) et de contention (TO 75, TO 50). La prise en charge est limitée au ticket modérateur (100% BR) pour les actes de diagnostic, d'examen et de surveillance.

16.6.4 Implantologie et parodontologie

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 en dehors, le cas échéant, du plafond dentaire annuel mentionné pour les prothèses. La participation au titre de l'implantologie se fait sur présentation d'une facture détaillée acquittée.

Seuls les actes d'implantologie et de 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. À défaut, le bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.*

16.7 – Aides auditives

Pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'aides auditives relevant du panier 100% Santé tels que définis réglementairement, donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants-droit Bénéficiaires dans la limite :

- **des Prix limites de vente prévus par les textes en vigueur**
- **d'une aide auditive par oreille par période de quatre ans. Ce délai s'apprécie à compter de la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.**

Pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'aides auditives relevant du panier « à tarifs libres », donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants droit à hauteur du ticket modérateur. Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse également, **dans la limite du plafond prévu au cahier des charges des contrats responsables** un forfait exprimé par oreille **par période de quatre ans à compter de la date de facturation du dernier appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire**, dont le montant figure au tableau de garantie.

Le plafond inclut la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et la participation de la Mutuelle pour l'acquisition de l'équipement.

Pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'aides auditives donnant lieu à remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse le ticket modérateur s'il y a lieu. Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse également un forfait exprimé par appareil et par an, dont le montant figure au tableau de garantie. En tout état de cause pour les frais d'entretien de ces dispositifs pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants-droit Bénéficiaires à hauteur du ticket modérateur.

Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse pour les frais d'entretien des dispositifs médicaux d'aides auditives, y compris les piles, un forfait exprimé par

appareil et par an, dont le montant figure au tableau de garantie.

En tout état de cause pour les frais d'entretien de ces dispositifs ou l'achat de piles pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants-droit Bénéficiaires à hauteur du ticket modérateur.

À NOTER: *Le tiers payant audioprothèse s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en Charge. À défaut, le Bénéficiaire doit faire l'avance des frais.*

16.8 – Soins à l'étranger

Sous réserve que la formule de garantie le prévoit, les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite du ticket modérateur. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

Les remboursements sont effectués en euros.

ARTICLE 17 – ALLOCATIONS DIVERSES

Les allocations ci-dessous définies sont des prestations temporaires annuelles, dont la reconduction, la modification ou la suppression de chacune de ces allocations est décidée par l'Assemblée générale.

La Mutuelle verse ces allocations dans les conditions prévues aux articles 15.3 et 21 et sous réserve de la prescription prévue à l'article 10 du présent Règlement mutualiste.

17.1 – Allocation naissance–adoption

En cas de naissance, la Mutuelle verse, selon la garantie frais de santé souscrite, une allocation, au père ou à la mère, Adhérent, sous réserve que le nouveau-né soit inscrit au contrat.

Cette allocation, dont le montant figure au tableau de garantie, est versée sur production d'un acte de naissance ou d'un extrait du livret de famille.

En cas d'adoption simple ou plénière d'un enfant de moins de 18 ans, la Mutuelle verse, selon la garantie Frais de santé souscrite, une allocation à l'Adhérent, sous réserve que l'enfant soit inscrit au contrat.

Cette allocation, dont le montant figure au tableau de garantie, est versée sur production d'un jugement d'adoption ou d'un extrait du livret de famille.

17.2 – Allocation de mariage

La Mutuelle verse, selon la garantie frais de santé souscrite, une allocation, dont le montant figure au tableau de garantie à l'Adhérent, lors de son mariage, sur production d'un extrait du livret de famille ou d'un acte de mariage.

Si les membres du couple sont inscrits sur le même contrat, l'allocation n'est versée qu'une seule fois.

17.3 – Participation aux bénéfices techniques et financiers

La Mutuelle fait participer ses adhérents aux bénéfices techniques et financiers réalisés au titre des allocations naissance-adoption et mariage prévues à l'article 17 du présent règlement.

Pour chaque exercice civil, la Mutuelle détermine le montant de la participation dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité. Ainsi, le compte de participation prévoit l'attribution aux assurés de 90% du résultat technique et 85% du résultat financier.

Cette distribution s'effectue :

- soit par l'affectation de la participation aux bénéfices dans les provisions mathématiques des contrats concernés,
- soit par l'inscription partielle ou totale à la provision pour participation aux bénéfices. Les sommes sont affectées à la provision mathématique ou versées aux Adhérents au cours des huit exercices suivants celui de l'inscription à la provision.

ARTICLE 18 – PLAFOND DE GARANTIE – LIMITE DE REMBOURSEMENTS

Le remboursement des frais de santé présente un caractère indemnitaire (article L.224-8 du Code de la Mutualité). Les remboursements ou les indemnités ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des Bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Sauf mentions contraires, les plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile et dans la limite des frais réels engagés.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription.

ARTICLE 19 – EXCLUSIONS

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

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que des actes et prestations pour lesquels l'assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé à l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique.
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162.5 du Code de la Sécurité sociale ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.

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

- les frais engagés hors de France, sauf si la Caisse de Sécurité sociale française à laquelle l'Adhérent est affilié prend en charge les frais engagés hors de France ;
- les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale ou Classification Commune des Actes Médicaux ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 20 – MODALITÉS ET DÉLAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

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 la Sécurité sociale.

Elles sont accompagnées notamment :

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

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

Versement des prestations par la Mutuelle :

La Mutuelle verse les prestations :

- soit à l'Adhèrent, soit à ses Ayants droit sous réserve que l'Adhèrent ait notifié préalablement cette option à la Mutuelle et produit les coordonnées bancaires correspondantes ;
- soit aux établissements de santé, professionnels de santé ou autres prestataires, lorsqu'une convention de tiers payant est signée avec ces derniers.

Délais de versement :

Sauf usage du tiers payant, les prestations des 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 le compte bancaire du membre participant ou le cas échéant, aux ayants droit.

Relevé de prestations :

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

À NOTER : pour les Ayants droit de l'Adhèrent, qui sont affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire, la part de la Mutuelle est en principe versée directement par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire pour certaines prestations, sur la base des justificatifs utiles qu'elle demande. Toutefois, pour les remboursements non pris en charge par l'Assurance Maladie (ex : consultation ostéopathe), l'Adhèrent adresse directement à la Mutuelle la facture acquittée.

En présence d'une prise en charge hospitalière ou d'une convention avec un établissement hospitalier, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à VIAMEDIS, prestataire de la Mutuelle, pour les autres cas.

À NOTER : pour les Ayants droit de l'Adhèrent, qui sont affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire, l'établissement hospitalier adresse sa facture à la Mutuelle.

ARTICLE 21 – SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'Adhèrent ou des Ayants droit, victime d'un accident ou d'une maladie contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'Adhèrent ou l'Ayant droit a l'obligation de déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il a été victime.

ARTICLE 22 – PRESTATIONS INDUES

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

CHAPITRE III – AUTRES SERVICES OU PRESTATIONS EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 23 – GARANTIES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

23.1 – MGC Assistance

Une garantie assistance est incluse dans les garanties frais de santé. Conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle a conclu un contrat collectif après d'une entreprise d'assurance agréée pour cette activité. L'adhésion à cette garantie est obligatoire conformément à l'article précité.

Une cotisation est due au titre de cette garantie assistance.

Une Notice d'information définissant l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur, le contenu de la garantie assistance et ses conditions d'application est remise à l'Adhèrent.

ARTICLE 24 – SERVICES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

24.1 – Services et Réseaux partenaires

Dans le cadre de la formule de garantie frais de santé souscrite, les Adhérents et leurs Ayants droit rattachés au contrat bénéficient, des services et du Réseau de Soins du partenaire retenu par la Mutuelle en vue :

- d'avoir des informations et conseils (soins et traitements) ;
- d'analyser les devis et aider à leur négociation (prothèses dentaires, implantologie, parodontie et orthodontie, lunettes, lentilles, chirurgie réfractive, audioprothèses, honoraires chirurgicaux) ;
- de leur permettre d'accéder aux réseaux de soins partenaire permettant de bénéficier de tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes...) ;
- de mise à disposition des services web : géolocalisation des partenaires de santé du réseau.

Le montant de la cotisation afférente au Réseau de Soins est inclus dans le montant de la cotisation de la garantie frais de santé.

24.2 – Prévention

La Mutuelle mène des actions de prévention sous des formes diverses dans le cadre d'une politique et d'un budget définis chaque année par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'administration.

Les Adhérents sont informés de ces actions par tout moyen à la convenance de la Mutuelle (site internet, revue d'informations périodiques de la Mutuelle, insertion dans la presse...).

24.3 – Commission de solidarité Olivier

Sur délégation du Conseil d'administration, la Commission de solidarité Olivier statue sur les demandes d'aides financières ponctuelles émanant de l'Adhèrent, sous réserve que l'adhésion de l'adhèrent 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 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, attribuer aux Adhérents :

- 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, le bénéficiaire de l'aide doit avoir une ancienneté au sein de la Mutuelle d'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 l'Adhèrent.

24.4 – Revue d'informations

La Mutuelle communique auprès de ses adhérents par le biais de sa revue d'informations périodiques sur des thématiques liées à la santé ou à la vie de la Mutuelle.

Les informations générales concernant les prestations, les cotisations afférentes aux garanties individuelles frais de santé et le cas échéant, les modifications des Statuts et Règlement mutualiste sont notamment portées à la connaissance de l'Adhèrent dans cette revue d'informations qui est adressée au domicile de chaque Membre participant. Conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité, ces modifications sont opposables aux adhérents dès leur notification.

CHAPITRE IV – COTISATIONS

ARTICLE 25 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA DÉTERMINATION DES COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

25.1 – Principe

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

Les cotisations sont exprimées en euros par bénéficiaire.

Le montant de la cotisation de l'Adhèrent et, le cas échéant, ses Ayants droit tient compte des paramètres suivants :

- de l'âge du Membre participant et, le cas échéant, du conjoint/ concubin ou cosignataire d'un PACS inscrit au 31 décembre de l'année précédant la date d'effet de l'adhésion ou sa reconduction ;
- du régime d'affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- de la formule choisie.

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

Pour tout nouveau-né, la cotisation est offerte jusqu'au premier anniversaire de l'enfant.

25.2 – Composition

La cotisation annuelle se compose :

- d'une cotisation Santé : le montant des cotisations est calculé en fonction de la formule souscrite et des paramètres définis à l'article 25.1,
- d'une cotisation de base appelée la BASE : elle couvre l'abonnement à la revue d'informations de la Mutuelle ou à toute autre publication de la Mutuelle, la cotisation à MGC Assistance ainsi qu'une cotisation obligatoire au Centre Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13), situé 14-16

rue des Peupliers 75013 Paris, dont la quote-part est déterminée par les Statuts. Cette cotisation obligatoire est prélevée par la Mutuelle puis reversée au Centre Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13).

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

25.3 – Évolution de la cotisation

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

Chaque année, le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée générale (AG) de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'administration de manière à garantir l'équilibre technique des garanties.

ARTICLE 26 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES AUX COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

26.1 – Palier d'augmentation lié à l'âge

Selon la formule de garantie souscrite, le palier d'augmentation lié à l'âge s'opère comme suit :

	Essentiel Eco Labellisée	Essentiel Labellisée	Essentiel + Labellisée	Confort Labellisée	Confort + Labellisée	Confort Extra Labellisée	Sérénité Labellisée
Affiliés du régime général	Entre +0,00% et +9,6% / an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et +7,3 %/an de 26 à 74 ans	Entre +0,00% /an et +5,6%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et +4,8%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,00%/an et +5,7%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et +4,1%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,00%/an et +4,9%/an de 26 à 74 ans
Cheminots actifs affiliés CPRP Ferroviaire	Entre +0,00% et +6,3% /an de 26 à 66 ans	Entre +0,00%/an et +6,4%/an de 26 à 66 ans	Entre +0,00% /an et +5,6%/an de 26 à 66 ans	Entre +0,00%/an et +4,8%/an de 26 à 66 ans	Entre +0,00%/an et +5,7%/an de 26 à 67 ans	Entre +0,00%/an et +4,9%/an de 26 à 66 ans	Entre +0,00%/an et +4,9%/an de 26 à 66 ans
Cheminots retraités et ayants droit cheminots affiliés à la CPRP Ferroviaire	Entre +0,00% et +11,9% / an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et +7,3%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et +6,1%/an de 26 à 73 ans	Entre +0,00%/an et +4,7%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,00%/an et +5,7%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et 5%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et +4,9%/an de 26 à 75 ans
Affiliés du Régime Alsace Moselle	Entre +0,00% et +5,3% / an de 26 à 75 ans	Entre +0,00%/an et +5,1%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,00%/an et +6,1%/an de 26 à 75 ans	Entre 0,00%/an et +5,5%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,00%/an et + 5,5%/an de 26 à 74 ans	Entre +0,00%/an et +5,4%/an de 26 à 75 ans	Entre +0,00%/an et +4%/an de 26 à 75 ans

Ces augmentations sont effectives au 1^{er} janvier de chaque année, indépendamment d'une éventuelle augmentation annuelle générale votée par l'Assemblée générale.

26.2 – Majoration de cotisation pour adhésion tardive (article 28 du décret no 2011-1474 du 8 novembre 2011)

Conformément à l'article 28 du décret no 2011-1474 du 8 novembre 2011 et de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations, la cotisation peut être majorée en cas d'adhésion tardive de l'agent.

Cette majoration pour adhésion tardive est calculée de la manière suivante :

- La cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret susvisé, intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci.

Ce coefficient est calculé comme suit en application de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret no 2011-1474 du 8 novembre 2011 susvisé.

- Lorsque l'agent, actif ou retraité, âgé de plus de trente ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence de la Mutuelle sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la Mutuelle le justificatif mentionné à l'article 2 de l'arrêté susvisé transmis par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.
- Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure à la date de publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.
- Faute de pouvoir produire les documents mentionnés ci-dessus, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.
- Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, la Mutuelle calcule une majoration égale à 2% par année.
- Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les Agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et Règlements labellisés.
- Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à la Mutuelle par l'agent.

Lorsqu'un Adhèrent souhaite résilier sa garantie de référence auprès de la Mutuelle, cette dernière lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que, le cas échéant, le montant du coefficient de majoration qui était affecté à sa cotisation, en application de l'article 28 du décret du 8 novembre 2011 susvisé. Lorsque le Membre participant n'avait pas de coefficient de majoration, la Mutuelle lui adresse une attestation de non-majoration.

ARTICLE 27 – PAIEMENT DES COTISATIONS

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

- annuellement par chèque bancaire ;

ou

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

En cas de participation de la collectivité territoriale ou de l'établissement public au financement de la cotisation afférente à la garantie frais de santé labellisée souscrite par l'Adhèrent, cette somme peut être versée soit directement à l'agent, soit à la Mutuelle. Dans le cas où la participation est versée directement à la Mutuelle, cette dernière la répercute intégralement en déduction de la cotisation due par l'Adhèrent.

ARTICLE 28 – NON PAIEMENT DES COTISATIONS

28.1 - NON PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhèrent, par lettre recommandée, une mise en demeure, conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité.

La suspension des droits intervient au terme d'un délai de trente jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure restée sans effet. Cette mise en demeure précise qu'en l'absence de régularisation dans le délai de dix jours après l'expiration du délai de trente jours ci-dessus, la résiliation des garanties peut intervenir à tout moment. Les droits ne sont ré-ouverts qu'après régularisation de la situation par l'Adhérent dans un délai maximal de 6 mois à compter de la résiliation.

L'Adhérent ne peut prétendre rétroactivement au règlement des soins qu'il aurait effectué pendant la période de suspension de la garantie.

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

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

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

28.2 REGULARISATION

En l'absence de régularisation dans le délai de 6 mois susmentionné, toute demande de ré-adhésion à la Mutuelle ne peut intervenir que sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours et, lorsque cette demande intervient dans un délai de 2 ans à compter de la date de radiation de l'Adhérent pour non-paiement des cotisations, sous réserve que l'Adhérent ait régularisé la totalité des sommes dues à la Mutuelle.

Cette ré-adhésion sera considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion ne permettant pas de bénéficier des offres commerciales en cours.

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 4 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	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du Bénéficiaire.	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	Facture acquittée du dentiste précisant le no des dents.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture du dentiste précisant le no des dents.
Implantologie, couronnes sur implant	Facture acquittée détaillée du dentiste précisant le n° des dents.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture détaillée du dentiste précisant le n° des dents.
Parodontologie	Facture acquittée détaillée du dentiste.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture détaillée du dentiste.
Soins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		
Lentilles	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire.	
	Copie de l'ordonnance.	
Autres soins	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical.	
Implantologie	Facture détaillée acquittée, précisant les numéros de dent.	
Parodontologie	Facture détaillée acquittée, précisant la localisation dentaire	
Produits d'homéopathie	Copie de l'ordonnance et de la facture détaillée acquittée.	
Allocation naissance et adoption	Acte de naissance ou copie du jugement d'adoption simple ou plénière.	
Allocation mariage	Acte de mariage ou copie du livret de famille.	

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 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.

