

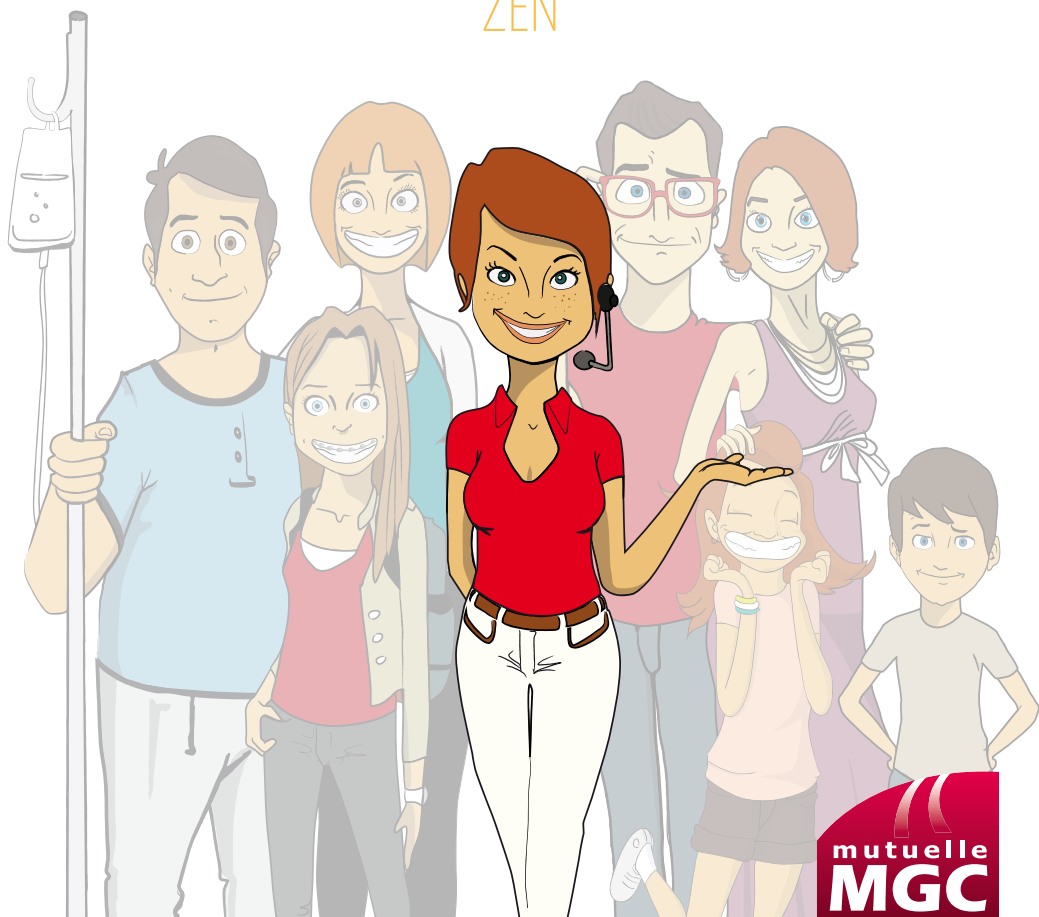
RÈGLEMENT MUTUALISTE

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MGC

RITMAVIE

ESSENTIEL - CONFORT - SÉRÉNITÉ

ZEN



SOMMAIRE

DÉFINITIONS	4
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
ARTICLE 1 BÉNÉFICIAIRES	5
ARTICLE 2 MODALITÉS D'ADHÉSION	5
ARTICLE 3 PRISE D'EFFET DES GARANTIES	6
ARTICLE 4 CHANGEMENT DE GARANTIE	6
ARTICLE 5 MISE À JOUR DES INFORMATIONS	7
ARTICLE 6 MODALITÉS DE RÉSILIATION	7
ARTICLE 7 CESSATION DES GARANTIES ET CONSÉQUENCES	8
ARTICLE 8 AJUSTEMENT DES GARANTIES - RÉVISION	8
ARTICLE 9 FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	8
ARTICLE 10 PRESCRIPTION	9
ARTICLE 11 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	9
ARTICLE 12 RÉCLAMATION ET MÉDIATION	9
ARTICLE 13 ORGANISME DE CONTRÔLE	9
CHAPITRE II GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	9
ARTICLE 14 GARANTIES PROPOSÉES	9
ARTICLE 15 OBJET DES GARANTIES ET CONTRAT RESPONSABLE	10
ARTICLE 16 PRESTATIONS PRÉVUES DANS LES GARANTIES	11
ARTICLE 17 ALLOCATIONS DIVERSES	14
ARTICLE 18 ALLOCATION JOURNALIÈRE LONGUE MALADIE	14
ARTICLE 19 PLAFOND DE GARANTIE - LIMITE DE REMBOURSEMENTS	16
ARTICLE 20 EXCLUSIONS	16
ARTICLE 21 VERSEMENT DES PRESTATIONS	16
ARTICLE 22 SUBROGATION	17
ARTICLE 23 PRESTATIONS INDUES	17
CHAPITRE III AUTRES SERVICES OU PRESTATIONS EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	17
ARTICLE 24 GARANTIES EN INCLUSION	17
ARTICLE 25 SERVICES EN INCLUSION	17
CHAPITRE IV COTISATIONS	18
ARTICLE 26 DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA DÉTERMINATION DES COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	18
ARTICLE 27 DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES AUX COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	19
ARTICLE 28 PAIEMENT DES COTISATIONS	21
ARTICLE 29 NON PAIEMENT DES COTISATIONS	21
ANNEXE	TABEAU DES GARANTIES
LISTE DES PIÈCES À FOURNIR	

DEFINITIONS

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

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

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

Ayant droit bénéficiaire : 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.

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

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

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

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

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

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

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

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 garantie complémentaire santé (opérations individuelles). Il détermine les conditions d'application de ces garanties 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 bénéficiaires.

Le présent règlement est adopté par l'Assemblée Générale de la Mutuelle et ne peut être modifié que par cette dernière.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À L'ENSEMBLE DES 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, une garantie complémentaire santé :

> Toute personne physique majeure, affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français, sans limitation d'âge, partageant l'esprit mutualiste et de solidarité sociale de la Mutuelle et ayant fait acte d'adhésion. Tout enfant âgé de plus de 16 ans, peut, sans l'intervention de son représentant légal, être inscrit comme membre participant conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la Mutualité.

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

L'Adhérent peut procéder à l'inscription des ayants droit bénéficiaires 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 bénéficiaire :
 - Le Conjoint de l'Adhérent, légalement marié non séparé de corps judiciairement, à défaut, le partenaire lié par un pacte de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code Civil, à défaut, le concubin de l'Adhérent, 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'Adhérent et de son Conjoint.

Sont réputés à charge de l'Adhérent, 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 bénéficiaires est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment rempli. Préalablement à l'adhésion, il est remis une fiche d'information décrivant les droits et obligations réciproques du membre participant et de la Mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion par l'Adhérent 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'Adhérent ;
- une photocopie de l'attestation des droits à l'assurance maladie obligatoire (CPAM, Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF et autres caisses (ex : Mutualité Sociale Agricole)) de l'Adhérent et des ayants droit inscrits ;
- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité de l'Adhérent ;
- un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le versement des prestations ;
- un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le paiement des cotisations, sauf le cas échéant si l'Adhérent relève du régime spécial de la SNCF (précompte de la SNCF ou de la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF) ;
- 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 bénéficiaires 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 tout autre régime d'assurance maladie obligatoire ;
- le cas échéant, pour les enfants 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'Adhérent opte pour l'une des formules de garantie frais de santé 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 et de façon distincte. Les pièces justificatives sont adressées, soit de façon dématérialisée, soit le cas échéant par courrier. Sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion en ligne, l'Adhérent reçoit un e-mail de confirmation à l'adresse électronique qu'il a communiquée, attestant de son adhésion.

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

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle est matérialisé par l'édition d'un certificat d'adhésion et l'envoi à l'Adhérent, de deux cartes de tiers payant.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

3.1 DATE D'EFFET

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

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

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

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

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

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 au plus tôt au 1^{er} jour de la réception de la demande d'adhésion

complétée et signée. 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'Adhérent, 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'un démarchage (domicile, lieu de travail...) ou intervenue dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires à compter de l'envoi par la Mutuelle du certificat d'adhésion ou du mail de confirmation d'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle. 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.

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, adresse et numéro d'adhérent), demeurant déclare renoncer à mon adhésion à la garantie complémentaire santé - Formuleconclue le XXX auprès de la Mutuelle MGC ;
Fait lesignature*

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.

ARTICLE 4 - CHANGEMENT DE GARANTIE (FORMULE OU GAMME)

Après une année d'adhésion, le changement de formule de garantie ou de gamme est possible à la date anniversaire du contrat sous réserve que l'Adhérent formule sa demande auprès de la Mutuelle avant ladite date (ex : le contrat est souscrit à effet au 1^{er} septembre 2016, le changement de formule prend effet au plus tôt le 1^{er} septembre 2017).

Dans tout autre cas, le changement de formule de garantie ou de gamme peut être sollicité, après une année d'adhésion et prend effet au 1^{er} janvier suivant la date de la demande (ex : si la demande est faite le 1^{er} juillet n, le changement de formule sera effectif au 1^{er} janvier n+1) sous réserve que le courrier parvienne à la Mutuelle avant le 31 décembre de l'année en cours.

La demande de modification de formule doit être faite par écrit, datée et signée.

À NOTER : Toute mutation de la gamme RITMAVIE vers une autre gamme est définitive. L'Adhérent ne peut revenir ultérieurement à la gamme RITMAVIE initialement souscrite.

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'évènement de toute modification dans sa situation ou celle de ses ayants droit bénéficiaires, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations. Il en est ainsi notamment des changements suivants :

- Pour tout Adhérent :
 - 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...) ;
 - Le cas échéant, le bénéfice ou la suppression d'une prise en charge à « 100% pour toutes prestations » par le régime d'assurance maladie obligatoire ;
 - La modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite ;
 - Le changement de compte bancaire (envoi du nouvel IBAN).
- Pour les Adhérents affiliés au régime spécial de la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF : mise en disponibilité, départ à la retraite, démission de la SNCF, passage au statut de cadre supérieur, détachement à l'étranger...

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

> À l'échéance annuelle

L'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant, au siège de la Mutuelle, une lettre recommandée, 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.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'Adhérent peut, par lettre recommandée, 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 figurant sur le cachet de la poste. 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 de l'employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. 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.
- L'Adhérent peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion, s'il bénéficie de la CMUC. Sur production de l'attestation d'ouverture des droits à la CMUC par l'Adhérent, la résiliation de la garantie prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la CMUC.

À NOTER : Afin de préserver les droits acquis en matière de prestations, si un Adhérent 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

Avant chaque échéance annuelle, l'Adhèrent peut demander la radiation de l'un ou de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une demande écrite. La radiation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande.

Toutefois, par dérogation, l'Adhèrent peut solliciter par courrier, en cours d'année, la radiation d'un ou des ayants droit bénéficiaires, avec effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande, pour les cas suivants :

- si l'ayant droit ne remplit plus les conditions d'adhésion visées à l'article 1 ;
- en cas de changement de la situation familiale en raison d'une séparation ou d'un divorce : dans ce cas, la radiation peut viser le conjoint, le concubin ou le partenaire du PACS et/ou ses ayants droit bénéficiaires ;
- en cas de 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 bénéficiaire doit être accompagnée d'une pièce justificative (attestation employeur) et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la notification de la demande dûment justifiée.

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

6.3 EXCLUSION

Sont exclus les Adhérents et les ayants droit bénéficiaires qui auraient causé volontairement un préjudice dûment constaté aux intérêts de la Mutuelle. 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 dernier jour du mois du décès de l'Adhèrent ;

- 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.

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 garanties 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 des modifications, 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 dans la revue d'informations périodiques de la Mutuelle ou par tout autre moyen approprié.

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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- > En cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu la connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ; quand l'action du 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 : demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 11 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations personnelles de l'Adhérent et de ses ayants droit bénéficiaires recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé nécessaires à la gestion de l'adhésion. Les données sont destinées à la Mutuelle et peuvent être transmises aux partenaires ainsi que le cas échéant aux mandataires qu'aux seules fins d'exécution des garanties. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent ou son ayant droit bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'opposition pour motif légitime aux informations nominatives le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle, de ses partenaires ainsi que le cas échéant de ses mandataires, en adressant une demande par lettre simple (accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité) à **MGC, Service Adhérents, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque 75637 PARIS Cedex 13.**

ARTICLE 12 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

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

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

ARTICLE 13 - ORGANISME DE CONTRÔLE

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

CHAPITRE II - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 14 - GARANTIES PROPOSÉES

L'Adhérent peut souscrire l'une des garanties Frais de Santé suivantes :

- > **Gamme Essentiel, Confort, Sérénité (ECS) :**
 - Formules : ESSENTIEL, ESSENTIEL PLUS ;
 - Formules : CONFORT, CONFORT PLUS, CONFORT EXTRA.
 - Formule SÉRÉNITÉ.
- > **Gamme ZEN**
 - Formules : ZEN HOSPI, ZEN, ZEN PLUS, ZEN EXTRA.
- > **Gamme RITMAVIE :** pour les formules de la garantie RITMAVIE, il est à préciser qu'elles sont fermées aux nouvelles adhésions depuis le 1/9/2009. L'Adhérent peut procéder à toute modification liée à sa garantie (ex : ajout ou radiation de bénéficiaire, changement de formules au sein de la gamme RITMAVIE). Par exception, tout ayant droit bénéficiaire inscrit sur la garantie RITMAVIE peut souscrire en son nom une des formules de garantie de la gamme RITMAVIE sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption des droits.

La Mutuelle participe, en qualité d'organisme complémentaire santé habilité, à la protection complémentaire en matière de santé et gère à ce titre la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

- > **Contrat de sortie CMUC :** la Mutuelle propose, à toute personne ayant bénéficié de la CMUC, à l'expiration de ses droits, la prolongation de son adhésion pour une période d'un an non reconductible, pour un tarif n'excédant pas un montant fixé

par arrêté. Les prestations sont identiques à celles définies à l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code.

- > **Garantie CMUC Sur-complémentaire**: afin de compléter le panier de soins de la CMUC, la Mutuelle propose la garantie CMUC Sur-Complémentaire. Cette garantie est réservée aux adhérents de la Mutuelle qui étaient, antérieurement à la date d'ouverture de leurs droits à CMUC, bénéficiaires :
- soit de l'une des formules de garantie de la gamme RITMAVIE suivante : R200, R300 ou R400 ;
 - soit de l'une des formules de garantie de la gamme Essentiel, Confort, Sérénité ;
 - soit de l'une des formules de garantie de la gamme ZEN suivante : ZEN, ZEN PLUS, ZEN EXTRA.

Chaque formule de garanties figure en annexe au présent règlement dans le « Tableau des garanties ».

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 de maladie ou d'accident 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 garantie choisie.

Si la garantie le prévoit, une allocation forfaitaire en cas de mariage, naissance-adoption ou décès peut être versée par la Mutuelle.

Si la garantie le prévoit, une prestation allocation journalière de longue maladie peut être versée dans les conditions visées à l'article 18.

15.2 CONTRAT RESPONSABLE

Les formules de garantie complémentaire santé sont solidaires (absence de questionnaire médical) et elles s'appliquent dans les

conditions et limites fixées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale issus du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, qui définissent le statut de « contrat responsable », à l'exception des formules de garantie « ZEN HOSPI » et « CMUC Sur-complémentaire ».

À ce titre, le contrat responsable prend en charge :

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

Le contrat responsable prévoit :

- > le cas échéant, l'encadrement des dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans les conditions cumulatives suivantes :
 - la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins ne peut excéder 100 % du tarif de responsabilité ;
 - la prise en charge des dépassements d'honoraires doit être minorée de 20% du tarif de responsabilité par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au contrat d'accès aux soins.
- > l'encadrement de la prise en charge des équipements d'optique médicale selon des conditions de planchers et de plafonds fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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, pour les formules de garanties « responsables », du respect par l'Adhérent et ses ayants droit bénéficiaires du parcours de soins coordonnés.

Les garanties sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale, sauf indications contraires. Les garanties incluent, le cas échéant, le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO).

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 de remboursement conventionnelle, 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 est minorée du montant du ticket modérateur.

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.

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 de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF ou des autres caisses 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 de longue maladie : le premier jour d'arrêt de travail.
- pour les allocations naissance-adoption, mariage, décès : 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.

- si l'adjonction du bénéficiaire concerne un nouveau né ou un enfant adopté et qu'elle intervient dans les 30 jours suivant sa naissance ou son adoption.

Aucun remboursement de prestation n'est dû au titre de la garantie si la prestation fait l'objet d'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 aux garanties et définies dans le tableau des garanties :

- Les consultations et visites ;
- Les analyses médicales ;
- Les actes de radiologie ;
- Les actes de chirurgie et les actes techniques médicaux (ATM) hors hospitalisation ;
- Auxiliaires médicaux et 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, sauf dispositions contraires prévues par la garantie.

16.2 PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES

En fonction de la garantie souscrite et dans les conditions définies aux tableaux de garanties, la Mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel les actes ou prestations suivantes, sur présentation d'une facture acquittée par le bénéficiaire de la garantie :

- Médecines alternatives non remboursées par l'assurance maladie obligatoire ;
- Actes d'automédication en pharmacie ;
- Moyens de contraception non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- Vaccins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ;
- Ostéodensitométrie ;
- Sevrage tabagique : la Mutuelle verse pour l'achat de substituts nicotiniques, sur présentation d'une facture acquittée, à l'Adhérent et/ou à son conjoint ou à l'enfant âgé de plus de 16 ans, ayant la qualité d'ayant droit bénéficiaire, un forfait annuel dont le montant varie selon la formule souscrite.

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.322-8 du Code de la Sécurité sociale et les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non.

Frais de séjour hospitaliers : la Mutuelle verse le ticket modérateur, pour les frais de séjour, en cas d'hospitalisation, avec ou, 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 médicaux : 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 au contrat d'accès aux soins.

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

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

- en médecine, chirurgie et obstétrique, sans limitation de durée ;
- en convalescence : sans limitation ou **60 jours** par année civile selon la garantie souscrite ;
- 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 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 et, le cas échéant, d'un nombre de jour fixé par an.

16.4 OPTIQUE

Pour la formule de garantie **ESSENTIEL** :

Pour la garantie optique afférente à la formule de garantie « **ESSENTIEL** », la Mutuelle verse uniquement le ticket modérateur s'il y a lieu.

Pour les autres formules de garantie :

Équipement optique (une monture et deux verres) :

Selon la formule souscrite, il est prévu la prise en charge d'un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans. Toutefois, la prise en charge de la Mutuelle est annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution justifiée de la vue. Ce délai s'apprécie à compter de la date d'adhésion (exemple : l'adhésion prend effet au 1^{er} janvier 2016. Le renouvellement de l'équipement optique s'opère le 1^{er} janvier 2018).

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

- pour la monture : le ticket modérateur 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.

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

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

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

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

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

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

- 2 verres simples : 50 à 470 euros
- 1 verre simple + 1 verre complexe : 125 à 610 euros
- 2 verres complexes : 200 à 750 euros
- 1 verre simple + 1 verre très complexe : 125 à 660 euros
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 200 à 800 euros
- 2 verres très complexes : 200 à 850 euros

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est limitée à 150 euros.

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

Lentilles :

Pour l'acquisition de lentilles de contact, remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse un forfait annuel, dont le montant figure au tableau 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.

À NOTER : *le Tiers Payant optique s'applique dans le réseau partenaire ou au sein d'un centre optique mutualiste sous réserve que le professionnel de santé effectue une demande de Prise en Charge. À défaut, le bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.*

Chirurgie de la myopie ou Chirurgie réfractive :

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale de la myopie ou, le cas échéant, l'intervention chirurgicale réfractive 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.

À NOTER : *le Tiers Payant pour la chirurgie de la myopie ou la chirurgie réfractive s'applique dans le réseau partenaire sous réserve que le professionnel de santé effectue une demande de Prise en Charge. À défaut, le bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.*

16.5 CURES THERMALES

Cures thermales en hospitalisation :

Les cures thermales en hospitalisation 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.

Cures thermales en externat :

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

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

16.6 DENTAIRE

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

Pour les formules de garantie RITMAVIE :

Pour les prothèses dentaires donnant lieu à remboursement par la caisse d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse, en sus du ticket modérateur, une allocation exprimée en euros ou en pourcentage du tarif de convention dont le montant et le taux figurent au tableau de garantie.

Pour les prothèses dentaires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire mais disposant d'une codification dans les conditions prévues par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Mutuelle octroie un remboursement annuel exprimé en euros. Seuls les actes codifiés en prothèses fixes métalliques et en prothèses fixes céramiques et non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Pour les soins d'orthodontie donnant lieu à un remboursement par les caisses d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse, pendant cinq ans maximum, une allocation exprimée en pourcentage du tarif de convention et dont le taux figure au tableau de garantie. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge pour les actes dont la codification est inférieure à T045.

Pour les formules de garanties ECS et ZEN (selon formule souscrite) :

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

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

Si la garantie le prévoit, pour les soins d'orthodontie donnant lieu à un remboursement par les caisses d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse, le cas échéant, pendant cinq ans maximum, une allocation dont le montant figure au tableau de garantie. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge pour les actes dont la codification est inférieure à T045.

À NOTER : *Le Tiers Payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie s'applique dans le réseau partenaire ou au sein d'un centre dentaire mutualiste sous réserve que le professionnel de santé effectue une demande de Prise en Charge. À défaut, le bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.*

16.7 APPAREILLAGE ET PROTHÈSES

Pour l'acquisition de petit et de grand appareillage, de prothèses mammaires et/ou capillaires donnant lieu à remboursement par les caisses d'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 les caisses d'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 l'original de la facture acquittée.

Pour l'acquisition de prothèses auditives donnant lieu à remboursement des caisses d'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. Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse pour les frais d'entretien des prothèses auditives un forfait exprimé par appareil et par an, dont le montant figure au tableau de garantie.

À NOTER : *Le Tiers Payant audioprothèse s'applique dans le Réseau partenaire ou dans un Centre audioprothèse Mutualiste sous réserve que le professionnel de santé 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 un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont effectués en euros. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

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.

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, membre participant, sous réserve que le nouveau né soit inscrit au contrat dans le mois suivant l'évènement.

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 dans le mois suivant l'évènement.

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 ALLOCATION DÉCÈS

La Mutuelle verse, selon la garantie Frais de santé souscrite, lors du décès de l'Adhérent ou de l'un de ses ayants droit âgé de plus de 12 ans (à l'exclusion d'un majeur sous tutelle et d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation), bénéficiaires de la garantie Frais de Santé, une allocation forfaitaire dont le montant est indiqué au tableau de garantie.

Cette allocation forfaitaire constitue une participation aux frais funéraires et est versée à la personne qui a supporté ces frais (ayants droit du défunt ou à défaut héritiers), au notaire ou directement à l'organisme de pompes funèbres, sur présentation d'un acte de décès et d'une facture originale acquittée.

Dans le cas du décès d'un Adhérent ou d'un ayant droit bénéficiaire âgé de moins de 12 ans, majeur sous tutelle, ou placé dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation, le versement de l'allocation ne sera pas forfaitaire mais se limitera au remboursement des frais réellement engagés dans la limite de la garantie souscrite.

ARTICLE 18 - ALLOCATION JOURNALIÈRE DE LONGUE MALADIE

18.1 NATURE DE LA PRESTATION

Si la garantie Frais de Santé le prévoit, la Mutuelle peut verser des allocations journalières de longue maladie, pendant au maximum deux ans et demi, au bénéficiaire momentanément dans l'incapacité temporaire totale d'exercer une activité professionnelle quelconque, par suite de maladie ou blessure médicalement constatée, **à l'exclusion des arrêts pour accidents du travail ou maladies professionnelles.**

Sont **exclus** de la prise en charge par la Mutuelle les arrêts de travail :

- **Consécutifs à** : des arrêts pour accidents du travail ou maladies professionnelles ; à des faits de guerre civile ou étrangère ; à des cataclysmes naturels ; à des explosions, dégagements de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par une accélération artificielle de particules ; à des faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ou le bénéficiaire ; à des accidents sportifs ;
- **Survenant** aux salariés ou agents en détachement à l'étranger.

18.2 BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires de cette garantie sont : l'Adhérent et/ou son conjoint ou assimilé inscrit à l'une des formules Frais de santé prévoyant cette allocation, exerçant une activité professionnelle au premier jour de l'arrêt de travail et non titulaire d'une pension de retraite.

Les demandeurs d'emploi, dont la première date d'arrêt de travail non interrompu est postérieure au 01/01/2011, peuvent prétendre à cette allocation lorsqu'ils remplissent les conditions.

Sont exclus du bénéfice de cette prestation :

- Le membre participant et/ou son conjoint titulaire(s) d'une pension de retraite, de réforme ou d'invalidité de 2^e ou de 3^e catégorie ;
- Les enfants, ayants droit bénéficiaires inscrits sur le contrat de leur parent (même s'ils sont salariés) ;

18.3 MONTANT ET DURÉE DE LA PRESTATION

Le montant de cette allocation est indiqué dans le tableau des garanties et est fonction de la garantie choisie.

L'allocation n'est versée qu'à compter du 1^{er} jour du septième mois d'une période ininterrompue d'arrêt de travail.

Si le bénéficiaire reprend son activité puis retombe en incapacité de travail moins de sept jours calendaires après la reprise, ce nouvel arrêt sera assimilé au premier. Les allocations journalières de longue maladie lui seront versées sans application d'une nouvelle franchise sous réserve que le second arrêt ait la même cause que le premier et que la durée totale des arrêts, à compter de la date du premier arrêt de travail n'excède pas 1 095 (mille quatre vingt quinze) jours.

Si, pour des raisons thérapeutiques, à l'issue de son arrêt de travail, le bénéficiaire ne reprend son activité professionnelle qu'à mi-temps, aucune allocation journalière de longue maladie n'est due.

Enfin, si la consolidation de l'état de santé du bénéficiaire n'est pas intervenue avant le 1095^e jour de l'arrêt de travail initial, le versement de l'allocation journalière de longue maladie s'interrompt à cette dernière échéance.

18.4 CONDITIONS DE VERSEMENT

Afin d'obtenir le versement de l'allocation, l'Adhérent ou le conjoint ou assimilé, ayant droit bénéficiaire, doit adresser à la Mutuelle dès le 1^{er} jour du 7^e mois de l'arrêt de travail :

- pour les bénéficiaires affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF, l'original du certificat de position administrative indiquant la date de l'arrêt initial.
- pour les bénéficiaires assurés à une autre Caisse d'Assurance Maladie, l'original de l'attestation d'arrêt de travail fourni par l'employeur accompagné d'un certificat médical attestant que le bénéficiaire est dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité professionnelle (ou la date et les circonstances de l'accident), ainsi que la date de la première constatation médicale. Lorsqu'il s'agit d'un accident autre qu'un accident du travail, une déclaration précisant la date et les circonstances de l'accident.
- pour les demandeurs d'emploi, l'attestation d'inscription à Pôle Emploi, la copie des décomptes de Sécurité sociale mentionnant les indemnités journalières versées depuis le début de l'arrêt de travail, accompagnée d'un certificat médical attestant que le bénéficiaire est dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité professionnelle (ou la date et les circonstances de l'accident), ainsi que la date de la première constatation médicale. Lorsqu'il s'agit d'un accident autre qu'un accident du travail, une déclaration précisant la date et les circonstances de l'accident.
- pour les fonctionnaires et agents territoriaux, l'attestation de l'employeur et le décret ou l'arrêté mentionnant la date de début de l'arrêt maladie.

À chaque prolongation d'arrêt de travail, le bénéficiaire doit adresser à la Mutuelle, dans un délai de trente jours :

- un nouveau certificat de position administrative pour les agents statutaires de la SNCF ou la photocopie de la prolongation d'arrêt de travail.
- une nouvelle attestation de son employeur accompagnée des décomptes de versement des indemnités journalières par la Caisse d'Assurance Maladie (autres salariés) et la photocopie de la prolongation d'arrêt de travail.
- pour les demandeurs d'emploi, la photocopie de la prolongation d'arrêt de travail et les décomptes de versement des indemnités journalières par la caisse d'assurance maladie.
- pour les fonctionnaires et agents territoriaux, la photocopie du ou des arrêt(s) de travail et le décret ou l'arrêté mentionnant la date de prolongation de l'arrêt maladie.

L'allocation de longue maladie est versée mensuellement à terme échu sur le compte du membre participant ou du conjoint ou assimilé, ayant droit bénéficiaire.

En cas de reprise de travail (partielle ou totale, mi-temps thérapeutique ou non), le bénéficiaire de l'allocation doit adresser, dans les trente jours suivant la reprise du travail, un certificat précisant la date de reprise.

Tout changement de situation (retraite, réforme, décès, mise en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie...) doit être signalé à la Mutuelle dans les meilleurs délais.

En cas de non-respect des formalités susvisées et des délais de déclaration, aucune prestation ne pourra être versée pour l'arrêt de travail quelle que soit la durée totale de celui-ci.

Les délais de prescription sont ceux indiqués à l'article 10.

ARTICLE 19 - 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 indemnisations 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 20 - EXCLUSIONS

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

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

Sauf 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 prothèses dentaires provisoires ou transitoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les cures de rajeunissement, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 21 - 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 originaux des décomptes du régime de Sécurité sociale et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE ;
- des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de tiers payant.

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

> Pour les bénéficiaires affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF, la part de la Mutuelle est en principe versée directement par la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF 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, protection pour l'incontinence), l'Adhérent adresse directement à la Mutuelle l'original de la facture acquittée.

> Pour les affiliés des autres régimes d'assurance maladie obligatoire et sous réserve de dispositions contraires prévues ci-dessus, les prestations sont réglées par la Mutuelle :

- soit à l'Adhérent, soit à ses ayants droit bénéficiaires sous réserve que l'Adhérent 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.

En présence d'une prise en charge hospitalière ou d'une convention avec un établissement hospitalier, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture :

- à la Mutuelle, lorsque le bénéficiaire est affilié à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF ;
- à VIAMEDIS, prestataire de la Mutuelle, pour les autres cas.

Sauf usage du tiers payant, les prestations sont versées directement par virement sur le compte bancaire du membre participant ou le cas échéant, aux ayants droit.

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

ARTICLE 22 - SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent ou des ayants droit bénéficiaires, 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'Adhérent ou l'ayant droit bénéficiaire a l'obligation de déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il a été victime.

ARTICLE 23 - PRESTATIONS INDUES

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

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

ARTICLE 24 - GARANTIES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

24.1 MGC ASSISTANCE

Une garantie assistance est incluse dans les garanties Frais de santé, selon la formule souscrite. 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'Adhérent.

24.2 RENTE SURVIE

Selon la garantie Frais de santé souscrite, les Adhérents bénéficient en inclusion d'une garantie rente survie, dans le cadre d'un contrat collectif conclu par la Mutuelle, en application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, auprès d'une entreprise d'assurance agréée pour cette branche d'assurance. Cette garantie a pour objet de garantir le versement d'une rente viagère au bénéfice des enfants handicapés en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue du membre participant, sous réserve que celui-ci ait adhéré avant son sixième anniversaire. L'assureur est seul habilité à effectuer le règlement de la rente. L'adhésion à cette garantie est obligatoire conformément à l'article précité.

Une cotisation est due au titre de cette garantie.

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

ARTICLE 25 - SERVICES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

25.1 SERVICES ET RÉSEAU PARTENAIRE

Selon 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 :

- de fournir 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 partenaires permettant de bénéficier de tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes...);
- de mise à disposition des services web : géo-localisation 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.

25.2 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...).

25.3 COMMISSION DE SOLIDARITÉ OLIVIER

a) Ré-adhésion

Sur délégation du Conseil d'Administration, la Commission de Solidarité Olivier statue sur toute demande de ré-adhésion d'un ancien membre participant de la Mutuelle.

À NOTER : *dans le cadre d'une ré-adhésion, la date de mutualisation retenue pour le calcul de la cotisation est celle de la nouvelle adhésion.*

b) Secours d'adversité

La Mutuelle peut attribuer, dans le cadre d'un budget spécifique voté annuellement constituant la dotation du Fonds de secours ou du Fonds de solidarité Olivier, soit des aides financières aux membres participants confrontés à des dépenses de santé particulièrement coûteuses, soit des secours exceptionnels lorsqu'ils sont confrontés à des d'événements graves et exceptionnels dès lors que le fait générateur de la demande intervient après 12 (douze) mois, au moins, à compter de la date d'effet de l'adhésion. La décision est prise par le Fonds, au vu d'un dossier circonstancié, constitué par le membre participant et remis à son Président de section.

25.4 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 portées à la connaissance de l'Adhérent 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 26 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA DÉTERMINATION DES COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

26.1 PRINCIPE

L'Adhérent s'engage au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites 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'Adhérent 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.

26.2 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 26.1.
- 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 et la cotisation aux services ambulatoires mutualistes (pour cette prestation, la Mutuelle assure uniquement le précompte).

Le montant des cotisations incluent des frais de gestion et d'acquisition et des taxes (taxe sur les conventions d'assurance et taxe de solidarité additionnelle). Tout changement du taux de ces taxes entraîne automatiquement une modification du montant de la cotisation.

26.3 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.

26.4 DISPOSITIF DE MINORATION DE COTISATION

Une réduction de cotisations peut être accordée à tout Adhérent dont le foyer est non imposable au sens de l'administration fiscale, sous réserve de justifier d'au moins deux ans d'ancienneté continues et cumulatives à une garantie complémentaire santé de la Mutuelle souscrite à titre individuel. Pour bénéficier de cette réduction, l'Adhérent doit envoyer sa demande avant le 31 octobre de l'année pour les cotisations de l'année suivante. Les personnes précédemment adhérentes à une garantie complémentaire santé de la Mutuelle, doivent justifier de ces deux ans d'ancienneté (toutes gammes cumulées) pour prétendre à cette réduction. Les règles d'attribution de cette réduction et sa reconduction sont votées annuellement par l'Assemblée Générale.

Les âges charnières sont 35 ans, 45 ans, 50 ans, 55 ans et 60 ans. La majoration est appliquée dans le cas où le mois de naissance est avant le mois d'adhésion.

En cas d'adhésion postérieure à la garantie Frais de santé d'une personne ayant déjà souscrit à la garantie temporaire individuelle décès ou à la cotisation de base, l'âge à l'adhésion pris en compte pour le calcul de la cotisation est celui de la première mutualisation.

À NOTER : *tout bénéficiaire pris en charge à « 100 % pour toutes prestations » par son Assurance Maladie Obligatoire peut prétendre au bénéfice d'une cotisation réduite s'il en fait la demande à la Mutuelle. Dans ce cas, il doit adresser la copie de l'attestation de la carte Vitale délivrée par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Peuvent également en bénéficier les personnes visées par l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.*

ARTICLE 27 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES
RELATIVES AUX COTISATIONS AFFÉRENTES
AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

27.1 GAMME RITMAVIE

Le calcul de la cotisation du membre participant et de son conjoint (ou assimilé) tient compte des paramètres suivants : l'âge des bénéficiaires au 31 décembre de l'année précédant la date d'effet de l'adhésion ou sa reconduction, l'âge au 1^{er} jour du mois de l'adhésion, le mois de naissance par rapport au mois d'adhésion pour les années de naissance charnières, le régime d'affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire du membre participant et de son conjoint (ou assimilé) et la formule choisie.

Le calcul de la cotisation de l'Adhérent et de son conjoint (ou assimilé) tient compte de son ancienneté et plus précisément de l'âge à l'adhésion, dans les conditions suivantes :

ÂGE À L'ADHÉSION	MAJORATION DE COTISATIONS
De 35 à 44 ans	5%
De 45 et 49 ans	10%
De 50 et 54 ans	20%
De 55 à 59 ans	30%
De 60 ans et plus	40%

Le palier d'augmentation lié à l'âge varie dans les proportions suivantes :

	Affiliés du régime général	Cheminots actifs affiliés à la CPR de la SNCF	Autres (Cheminots retraités et ayants droit cheminots affiliés à la CPR de la SNCF, affiliés régime Alsace Moselle et affiliés Sarthois)
Ritmavie 100	+2,1% entre 25 et 75 ans	+ 1,8% entre 25 et 75 ans	+11% au passage de 25 ^e année, puis stabilité de la cotisation +19,8% est appliquée au passage de la 30 ^e année puis stabilité de la cotisation +1% au-delà de 35 ans
Ritmavie 200	+2,6% entre 25 et 40 ans	+1,5% entre 25 et 75 ans	
	+2,1% entre 41 et 60 ans		
	+1% au-delà de 60 ans		
Ritmavie 300	+1,6% entre 25 et 66 ans	+ 1,7% entre 25 et 75 ans	
	+1% au-delà de 66 ans		
Ritmavie 400	+11,1% au passage de la 25 ^e année, puis stabilité de la cotisation	+ 11% au passage de 25 ^e année, puis stabilité de la cotisation	
	+20% appliquée au passage de la 30 ^e année puis stabilité de la cotisation	+19,9% est appliquée au passage de la 30 ^e année puis stabilité de la cotisation	
	+1% au-delà de 35 ans	+1% au-delà de 35 ans	

27.2 GAMME ESSENTIEL - CONFORT - SÉRÉNITÉ (ECS)

A) Principe

Pour les formules ESSENTIEL, CONFORT, SÉRÉNITÉ, le palier d'augmentation lié à l'âge s'opère comme suit :

	Essentiel	Essentiel Plus	Confort	Confort Plus	Confort Extra	Sérénité
Affiliés du régime général	Entre +1,7% et +7,4 %	Entre + 1,3% et +5,6%	Entre +1,4% et +4,7%	Entre +1,1% et +5,7%	Entre + 1,7% et +4%	Entre +1,3% et +4,8%
Cheminots actifs affiliés CPR de la SNCF	Entre +0,3% et +9,5%	Entre + 0,1% et +8,7%	Entre +0% et +8,9%	Entre +0,4% et +8,5%	Entre 1,7% et +4,8%	Entre +0,6% et +8,7%
Cheminots re-traités et ayants droit cheminots affiliés à la CPR de la SNCF	Entre +0% et +7,4%	Entre + 0,6% et +9,5%	Entre + 0,7% et +6,8%	Entre +0,1% et +7,0%	Entre +1,4% et +4,9%	Entre +0,2% et +7,6%
Affiliés du Régime Alsace Moselle	Entre +0,8% et +5,2%	Entre + 0,8% et +8,4%	Entre 0,9% et +5,4%	Entre +1,5% et + 5,4%	Entre +1,4% et +5,3	Entre +1,2% et +3,9%

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

B) Spécificités

En cas de mutation de la gamme RITMAVIE vers la gamme ECS, l'Adhérent bénéficie, selon l'ancienneté acquise au sein de la gamme RITMAVIE, d'une minoration de sa cotisation sur l'une des formules de garantie choisie au sein de la gamme Essentiel, Confort, Sérénité. L'ancienneté à la gamme RITMAVIE est calculée au 31 décembre de l'année précédant le changement de formule. La minoration de cotisations appliquée à la date du changement de formule n'évolue pas dans le temps.

Nombre d'année d'ancienneté aux formules de garantie RITMAVIE	Minoration de cotisation aux formules de garantie ECS
De 5 à 9 ans	2%
10 à 14 ans	5%
15 à 19 ans	10%
20 à 24 ans	15%
25 à 29 ans	20%
30 à 34 ans	25%
35 ans et plus	30%

27.3 GAMME ZEN

Pour le calcul de la cotisation afférente à la gamme ZEN, il est pris en compte l'âge de l'Adhérent 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 en tenant compte des tranches d'âges suivantes :

- Avant 62 ans
- De 62 ans à 66 ans
- De 67 ans à 71 ans
- De 72 ans à 75 ans
- De 76 ans à 80 ans
- Plus de 80 ans.

27.4 Contrat de sortie CMUC : la cotisation du contrat sortie de CMU complémentaire est déterminée par application des barèmes votés par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration par délégation, dans la limite prévue par l'arrêté visé à l'article 6-1 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989.

27.5 GARANTIE CMUC SUR-COMPLÉMENTAIRE : cette cotisation est fixée par le Conseil d'Administration par délégation de l'Assemblée Générale. Elle est offerte à partir du 3^e enfant.

ARTICLE 28 - PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Toutefois, si l'Adhérent est un agent de la SNCF, ce prélèvement est effectué, soit sur son traitement s'il est actif, soit sur sa pension s'il est retraité ou réformé affilié à la Caisse de Retraite et de Prévoyance du personnel de la S.N.C.F.

La périodicité du prélèvement est mentionnée sur l'échéancier de cotisations.

ARTICLE 29 - 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'Adhérent, 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, qui ne peut prétendre rétroactivement au règlement des soins qu'il aurait effectués 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.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT

PRESTATIONS		PIÈCES À FOURNIR	
		EN CAS DE TÉLÉTRANSMISSION**	EN CAS D'ABSENCE DE TÉLÉTRANSMISSION**
SOINS REMBOURSÉS PAR L'AMO*	Tous les soins remboursés par l'AMO*, sauf les 3 types de soins ci-dessous	-	• Décompte de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) où figure le détail des soins et actes à rembourser.
	Hospitalisation	• Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. • Copie du bulletin d'hospitalisation.	• Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. • Copie du bulletin d'hospitalisation.
	Lunettes - si évolution justifiée de la vue	• Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue.	• Décompte de l'AMO. • Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue.
	Prothèses dentaires	• Copie de la facture du dentiste précisant le n° des dents.	• Décompte de l'AMO. • Copie de la facture du dentiste précisant le n° des dents.
SOINS NON REMBOURSÉS PAR L'AMO*	Lentilles	• Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire. • Copie de l'ordonnance.	
	Autres soins	• Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical.	
	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.	
	Allocation longue maladie	• Attestation de l'employeur pour tout arrêt supérieur à 6 mois. À renouveler s'y a lieu par période de 3 mois.	
	Allocation décès	• Acte de décès, facture des frais d'obsèques, certificat d'hérédité et un RIB/IBAN.	

CAS PARTICULIER : Si vous bénéficiez de l'avance de frais (tiers payant) sur la part remboursée par l'AMO mais que vous faites l'avance de la part mutuelle qu'il y ait télétransmission ou pas, adressez-nous la facture originale acquittée du ticket modérateur.

* AMO = Assurance Maladie Obligatoire

** 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.

Une question ? Besoin d'un conseil ?

Vos contacts utiles :



Par courrier
MGC - Service Adhérent
TSA 91347
75621 Paris Cedex 13



Par téléphone
01 40 78 06 91
Du lundi au vendredi
de 8h15 à 18h00



Et à n'importe quel moment,
Connectez-vous à votre espace
adhérent sécurisé
www.mutuellemgc.fr