



**REGLEMENT MUTUALISTE**  
**Des agents territoriaux «labellisé»**  
**GAMME SANTE TERRITORIAUX**  
**2019**

*Validé en Conseil d'Administration de la Mutuelle de la Corse du 26 Janvier 2019*

*Certifié conforme à l'original,*  
**Le Président,**

## Chapitre 1 : OBJET ET ÉTENDUE DES GARANTIES

### Définitions

Les termes et expressions inscrits dans le Règlement mutualiste en **majuscule pour les sigles** ou avec **la première lettre en majuscule** ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

**ADHESION** : Désigne le lien contractuel entre les Membres Participants et / ou les Ayants-Droit et la Mutuelle

**AFFILIATION** : Acte administratif permettant de rattacher les Ayants droit à l'Adhésion souscrite par le Membre participant.

**ASSURÉ** : Personne physique sur laquelle pèse le risque. Il peut s'agir du Membre participant et le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants-droits

**ACCIDENT** : On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'assuré. Toutefois, ne sont pas considérés comme des accidents les événements suivants : les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

**AYANT-DROIT** : Peuvent être Ayants-Droit du Membre Participant :

- Son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin et vivant sous le même toit que lui,
- Ses enfants de moins de 26 ans et vivant sous le même toit que lui,
- Les ascendants et descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit que lui.

**BULLETIN D'ADHÉSION** : Document destiné au Membre Participant et de nature à permettre son Adhésion à la Mutuelle grâce aux données recueillies.

**CERTIFICAT D'ADHÉSION** : Document émis par la Mutuelle qui atteste de la prise en compte de l'adhésion du Membre Participant après vérification des conditions d'adhésion et lui conférant une date d'effet certaine.

**JUSTIFICATIF D'IDENTITE** : Carte d'Identité, Permis de Conduire, Passeport, Carte de Résident en cours de validité.

**MUTUELLE** : L'organisme assureur qui assure les risques afférents aux Garanties Frais de Soins de Santé prévues au présent Règlement.

La Mutuelle désigne la Mutuelle de la Corse soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire.

SIRENE sous le n° SIREN 783 005 655 et dont le siège social se situe 8 av. Mal Sebastiani – CS80277- 20296 BASTIA Cedex.

**FORMULE** : Niveau des Garanties souscrit par le Membre Participant

**GARANTIE** : Engagement de la Mutuelle, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépense de frais de santé et engagés au cours d'une période de couverture

**MEMBRE PARTICIPANT** : Est considéré comme Membre Participant la personne physique désignée sous le nom d'« Adhérent » au Bulletin d'Adhésion, qui bénéficie des prestations de la Mutuelle suite à son Adhésion et en ouvre le droit à ses Ayants-Droit.

**OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAM et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de garanties, la mention « OPTAM » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et la mention « NON OPTAM » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM.

La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM est consultable sur le site internet : [www.ameli-direct.ameli.fr](http://www.ameli-direct.ameli.fr).

**PRESTATION** : Exécution de la Garantie par la Mutuelle

**TIERS PAYANT** : Système de paiement qui évite aux Assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

### Article 1 OBJET

Le présent Règlement a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la Mutuelle de la Corse (MDC) mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 783 005 655, dont le siège social se situe 8 av. Mal Sebastiani – CS80277- 20296 BASTIA Cedex.

Ci- après dénommée la Mutuelle garantit dans le cadre de l'application du décret 2011-1474 du 8/11/2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ainsi que les textes d'application s'y référant, les Assurés, contre les risques suivants : - Frais de Soins de Santé,

Il est également proposé une garantie Assistance assurée par Filassistance International, Société anonyme régie par le code des assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433 012 689, dont le siège social se situe 108 Bureaux de la colline - 92210 SAINT CLOUD.

SERVICE DE TELECONSULTATION MEDICALE, prestation assurée par Medaviz, service de téléconsultation mis en oeuvre par PODALIRE - SAS au capital de 67 840€ - 807 414 024 RCS Paris - Siège social : 10 Rue de Penthièvre 75008 Paris

Les Garanties effectivement souscrites par le Membre Participant sont définies au Bulletin d'Adhésion et au Certificat d'Adhésion

Les Garanties assurées par la Mutuelle et décrites aux conditions particulières répondent aux obligations résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même Code.

### Article 2 Assurance des garanties santé

Les Garanties frais de soins de santé du présent Contrat, sont assurées par la Mutuelle de la Corse (MDC).

### Article 3 Révision du Règlement

Les dispositions du Règlement Mutualiste sont établies en fonction de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale et à la fiscalité, en vigueur à la date d'effet de l'Adhésion.

En cas de changement de cette réglementation, la Mutuelle se réserve le droit de proposer un aménagement des Garanties et/ou des cotisations à compter de la date d'effet de ce changement.

Le **Membre Participant** devra notifier sa décision d'acceptation ou de refus dans un délai d'un mois.

En cas de refus de la nouvelle proposition par le **Membre Participant**, l'Adhésion peut être résiliée par la Mutuelle dans le respect d'un préavis de deux mois.

## Chapitre 2 : CARACTÈRE RESPONSABLE DU CONTRAT

### Article 4 Objet des garanties frais de soins de santé

Les garanties du présent règlement ont pour objet d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses Ayants-Droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Certains frais de soins non pris en charge par le régime d'Assurance Maladie peuvent également être remboursés par la Mutuelle selon la Formule souscrite.

### Article 5 Contrats responsables

Les prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables ».

### Article 6 Contrats labellisés

Les contrats labellisés ont fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACPR et figure sur la liste publiée par le ministre chargée des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont

indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

### Article 7 Base 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 l'ensemble des Garanties, du respect par le Membre participant et/ou ses Ayants-Droit du Parcours de soins coordonnés.

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale.

- sous forme de plafond en euros. Ces plafonds sont annuels et valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation pour l'Adhésion et les Affiliations en cours d'année. Elles incluent le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie. Ces plafonds peuvent être fixés par acte ou pour un ensemble d'actes selon la Formule choisie par l'Assuré.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :

=> si la Garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires, la Mutuelle n'est débitrice d'aucune prestation ;

=> si la Garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la Mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.

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

**Les prestations versées ne peuvent, en aucun cas, excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant en tenant compte des remboursements de toute nature auxquels il a droit.**

**Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des garanties selon la formule choisie par le Membre participant.**

Le remboursement des consultations et des actes des médecins non conventionnés est calculé sur la base du tarif d'autorité.

## **Article 8 Exclusions de garantie**

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

- La participation forfaitaire (article L.322-2-II du code la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés (article L.322-2-III du code la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :

- 1) Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5111-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
- 2) Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
- 3) Le transport mentionné au 2) de l'article L.321-1 du code la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.

- la majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors parcours de soins) ;

## **Chapitre 3 : DÉCLARATION DU MEMBRE PARTICIPANT**

### **Article 10 Fausse déclaration**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, l'adhésion effectuée par le Membre Participant auprès de la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui ont droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts (article L 221-14 du Code de la Mutualité).

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

## **Chapitre 4 : ADHÉSION : Conditions - Date d'effet – Durée – Résiliation**

### **Article 11 Conditions d'adhésion**

Conformément aux dispositions de l'article L 221-4 du Code de la Mutualité, la Mutuelle doit remettre à l'Adhérent un exemplaire à jour des Statuts et du présent Règlement qui exposent leurs droits et obligations réciproques **préalablement à la signature du Bulletin d'adhésion.**

La signature du Bulletin d'Adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et du présent Règlement par l'Adhérent.

### **Article 12 Choix du niveau de Garantie (Formule) et des Assurés**

L'ensemble des Assurés d'un contrat doit avoir la même Formule.

Les changements de Formule ne peuvent s'effectuer qu'une fois par an au 1er janvier à la demande du Membre Participant sous réserve que la demande écrite parvienne à la Mutuelle au plus tard le 15 janvier de l'année du changement.

Les personnes qui peuvent être assurées dans le cadre de l'Adhésion dépendent de la Formule choisie par le Membre participant.

Le Membre participant a le choix entre six Formules : PONENTE, SCIROCCU, MAESTRALE, LEVANTE, TRAMUNTANA et LIBECCIU, dont les niveaux de garanties sont détaillés au tableau des prestations.

Le Membre participant choisit par ailleurs les personnes répondant à la définition d'Ayants-Droit qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des garanties.

### **Article 13 Date d'effet et durée de l'adhésion**

Si la mutuelle accepte la demande d'Adhésion, elle envoie au Membre Participant un Certificat d'Adhésion indiquant les garanties qu'il a souscrites, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, les délais d'attente éventuels et la date d'effet des garanties.

- la majoration de participation de l'Assuré qui refusera à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;

- la franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18°) de l'article L.162-5 du code la Sécurité sociale à hauteur, au moins, du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors parcours de soins. Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des Garanties souscrites.

- Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties figurant en annexe selon la Formule choisie par le Membre Participant.

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 9 Plafonds de garanties**

Les plafonds de remboursements dits "annuels" sont valables du 1er janvier au 31 décembre sauf dispositions contraires mentionnées dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent Règlement, et dans la limite des frais réels engagés. Les remboursements peuvent être effectués en plusieurs fois durant la période dans la limite du plafond.

Les plafonds de remboursements Optiques font l'objet de dispositions réglementaires spécifiques définies à l'article 26 du Règlement Mutualiste.

En tout état de cause, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisations acceptée par le Membre Participant. A défaut d'acceptation de la part de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée par lettre recommandée. La Mutuelle restitue au Membre Participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés (article L.221-15 du Code de la Mutualité).

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet.

A titre dérogatoire et si le Membre Participant en fait la demande, la date d'effet pourra être le premier jour du mois civil en cours, si la réception du dossier complet se fait avant le 15 du mois.

L'Adhésion ne peut prendre effet qu'à réception par la Mutuelle de l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- Le Bulletin d'Adhésion complété, daté, paraphé et signé,
- Le Formulaire d'Information et de conseil, daté, paraphé et signé.
- La copie d'un JUSTIFICATIF D'IDENTITE du Membre Participant.
- Le cas échéant, la copie d'un JUSTIFICATIF D'IDENTITE des Ayants-Droit, à jour au moment de l'adhésion,
- Le cas échéant, la copie de la pièce d'identité du tiers payeur, à jour au moment de l'adhésion,
- La copie du dernier Bulletin de Salaire
- Les pièces du régime obligatoire permettant d'identifier les Assurés,
- Un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- L'autorisation de précompte sur salaire si l'employeur du membre participant l'autorise.
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour les prestations,
- Un RIB pour chaque Ayant-droit, Assuré mineur de plus de 16 ans, qui souhaite percevoir directement le versement des prestations,
- Un mandat SEPA, par RIB, daté et signé par le titulaire du compte
- Le cas échéant, le justificatif de couverture précédente indiquant le coefficient de majoration

Le Membre Participant peut désigner dans le Bulletin d'Adhésion un ou plusieurs Ayant(s)-Droit :

- **Au moment de son adhésion** : en indiquant leurs coordonnées sur le Bulletin d'Adhésion ou,
- **Après son adhésion** : en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, en adressant à la Mutuelle une demande écrite de couverture du ou



des Ayant(s)-Droit concerné(s) à laquelle il joint l'attestation du régime obligatoire permettant d'identifier le(s) Ayant(s)-Droit concernés.

La Mutuelle pourra demander au Membre Participant les justificatifs suivants :

- **S'agissant du conjoint marié** : la copie du livret de famille,
- **S'agissant d'un concubin** : l'attestation sur l'honneur de vie commune,
- **S'agissant d'une personne liée au Membre Participant par un pacte civil de solidarité** : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- **S'agissant des enfants** :
  - o Le justificatif de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans et de moins de 26 ans,
  - o Un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis âgés de moins de 25 ans,
  - o Une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés, âgés de moins de 25 ans,
  - o Un acte de naissance,
  - o Une copie du jugement d'adoption.
- **S'agissant des enfants handicapés** : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou copie de la carte d'invalidité.

L'adhésion est conclue pour l'année civile en cours. Elle sera, à l'expiration de cette période, reconduite de plein droit d'année en année sauf demande de non renouvellement notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avant le 31 octobre. Ce non renouvellement prend effet au 1er janvier de l'année suivante.

## Article 14 Affiliation des Ayants droit

### 14.1 Conditions d'Affiliation des Ayants-Droit

Tous les Ayants droit doivent être ressortissants du régime général de la Sécurité sociale ou assimilé.

Les Garanties des Ayants droit sont identiques à celles du Membre Participant.

L'Affiliation des Ayants droit est indissociable et indivisible de l'Adhésion du Membre Participant

### 14.2 Date d'effet et cessation de l'Affiliation des Ayants-Droit

#### a) Date d'effet

Les Garanties des Ayants droit prennent effet en même temps que celle du Membre participant lorsqu'ils sont affiliés concomitamment à sa propre Adhésion.

En cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant postérieurement à l'Affiliation du Membre participant, les Garanties prennent effet, pour l'intéressé, au premier jour du mois civil de la date de l'événement en question si la demande est reçue dans les deux mois qui suivent l'événement.

Dans tous les autres cas, les Garanties prennent effet le 1er jour du mois qui suit la réception de la demande.

La qualité d'Ayant droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Ayant droit ne remplit plus les conditions pour être à charge.

#### b) Cessation de l'Affiliation des Ayants-Droit

##### - Cessation de plein droit

La cessation des droits du Membre participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants-Droit.

Lorsqu'un Assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant-Droit, son Affiliation cesse le 31 décembre à minuit de l'année au cours de laquelle survient l'évènement qui ne permet plus de satisfaire lesdites conditions.

##### - Résiliation à l'initiative du Membre participant

L'Affiliation des Ayants-Droit peut être résiliée, au 31 décembre de l'année, à la demande du Membre participant notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

### 14.3 Le changement d'Ayant-Droit

Le Membre participant peut modifier les bénéficiaires des garanties :

- chaque 1er janvier, sous réserve qu'il en fasse la demande auprès de la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année précédente,
- à l'occasion d'une naissance,
- en cas de changement de situation familiale.

## Article 15 Changement de situation

L'Adhérent doit communiquer à la Mutuelle, pour lui-même ou ses Ayants-Droit, tout changement de situation familiale (mariage, naissance, divorce, décès...); de régime obligatoire d'assurance maladie; d'adresse ou de domiciliation bancaire ou postale, de situation professionnelle, par écrit dans le mois suivant l'évènement. Cette communication doit comporter le numéro d'Adhérent ainsi que toute pièce justificative jugée utile. A défaut, le paiement des prestations pourra être retardé voire interrompu. En cas de changement de situation ayant un impact sur les cotisations, la régularisation sera faite sur l'échéance suivant la date d'enregistrement de la modification par la mutuelle.

## Article 16 Suspension des garanties

L'adhésion est suspendue de plein droit à compter de la date où l'intéressé pour quelque cause que ce soit ne peut plus prétendre aux prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des Garanties dans les conditions prévues à l'article « Défaut de paiement des cotisations ».

Pendant cette période de suspension, aucune Prestation n'est due aux Assurés.

## Article 17 Cessation de l'Adhésion

La cessation du contrat peut avoir lieu :

### 17.1 A l'initiative du Membre Participant

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du code de la mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à son Adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours.

La résiliation d'une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel peut être demandée dans les conditions de la loi CHATEL reprise dans l'article L. 221-10 du Code de la mutualité.

### 17.2 A l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'Adhésion du Membre Participant :

- En cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 22 « Défaut de paiement des cotisations » du présent Règlement,
- En cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de la mutualité, dans les conditions de l'article « FAUSSE DECLARATION »
- En cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du code de la mutualité, dans les conditions de l'article « FAUSSE DECLARATION »

### 17.3. A l'initiative de l'une ou l'autre des parties

L'Adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du Membre Participant dans les conditions prévues à l'article 11 des statuts ou en cas de survenance d'un des événements suivants : changement de région, de situation ou régime matrimonial, de situation professionnelle dans les conditions prévues à l'art. L221.17 du Code de la Mutualité

### 17.4 Résiliations exceptionnelles

- En cas de décès du Membre Participant, de l'un ou plusieurs de ses Ayants-Droit, il est mis fin au contrat le premier jour du mois suivant la survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues au présent règlement.

### 17.5 Résiliations dérogatoires

A titre dérogatoire, il peut être mis fin au contrat

- Si l'Ayant-Droit ne répond plus à la définition figurant dans le présent Règlement mutualiste.
- Si le Membre Participant doit adhérer à un contrat collectif obligatoire : Il peut demander la résiliation de son contrat individuel en cours d'année sous réserve qu'aucune dispense d'Affiliation temporaire n'ait été prévue par la couverture frais de santé. Pour ce faire, le Membre Participant doit envoyer un courrier accompagné d'une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, dudit régime de complémentaire santé ainsi que de l'absence de dispense d'Affiliation. La résiliation intervient le premier jour du mois qui suit la réception de la demande. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au Membre Participant.
- Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) : sur demande du Membre Participant, la résiliation des bénéficiaires de la CMU-C intervient la veille de la date d'effet de la CMU figurant sur l'attestation délivrée par le régime obligatoire et avec un effet rétroactif si nécessaire.
- Aide à la Complémentaire Santé (ACS) : sur demande du Membre Participant, la résiliation des bénéficiaires de l'ACS intervient le dernier jour du mois au cours duquel il en fait la demande sur présentation de l'attestation de droit à l'aide pour une complémentaire santé en cours de validité délivrée par le régime obligatoire.
- L'Assuré perdant sa qualité d'Ayant-Droit (divorce/ séparation, enfant n'étant plus à charge ...) : sur demande du Membre Participant, la résiliation intervient le premier jour du mois qui suit la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre cotisant.

La cessation de l'Adhésion du Membre Participant entraîne automatiquement la cessation de l'Affiliation de ses Ayants-Droit et les prive de tout droit à prestation pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'Adhésion.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

## Article 18 Faculté de renonciation

### Commercialisation dans le cadre de la vente à distance :

Conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation qui peut être exercé dans les quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure. Dans le respect de ce délai, il pourra procéder à la renonciation de ce contrat par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté.

### Commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail :

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Elle peut mettre en œuvre ce droit par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Afin d'exercer ce droit de renonciation, l'Adhérent doit adresser sa demande à l'adresse suivante : Mutuelle de la Corse – 8 av. Mal Sebastiani – CS80277-20296 BASTIA Cedex.

Exemple de lettre type de renonciation :

« Je soussigné (nom prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro de contrat) à la Mutuelle de la Corse. (Date et signature de l'adhérent). »

Commercialisation dans le cadre de la vente hors établissement :

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la consommation, l'Adhérent dispose d'un droit de rétractation dans un délai de quatorze jours à compter de la signature du contrat. Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai qui commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. La faculté de rétractation peut notamment être exercée par l'envoi du bordereau détachable figurant sur le Bulletin d'Adhésion.

**Commercialisation au cours de foires ou salons :**

Conformément aux articles L 224-59 à L 224-62 du code de la consommation, l'Adhérent ne bénéficie d'aucun droit de rétractation suite à la signature du présent Règlement.

## Chapitre 5 : COTISATIONS

### Article 19 Montant de la cotisation

La cotisation est annuelle et due pour l'année entière.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'Assurance Maladie impactant notamment les Prestations et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du Bulletin d'Adhésion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

La cotisation est déterminée en fonction de la Formule souscrite, de la qualité de Membre Participant ou d'Ayant-Droit de chaque Assuré, et de l'âge lors de la période à garantir.

Le calcul de l'âge de l'Assuré s'effectue par différence de millésimes entre celui de l'année civile à garantir et celui de l'année de naissance.

*Ex : Assuré né en 1978, âge retenu pour le calcul de la cotisation en 2018 : 40 ans.*

La cotisation de l'enfant est gratuite à partir du 3<sup>ème</sup> enfant de moins de 21 ans.

Pour le nouveau-né et lors d'une adoption les six (6) premiers mois de sa cotisation sont offerts.

Les taxes, impôts et contributions grevant les cotisations sont calculées au jour de l'échéance des cotisations. Elles sont toujours à la charge du Membre participant de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

Si l'Adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'au terme de la première année d'Adhésion.

Conformément à l'article 28, Chapitre II du décret N°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, la cotisation peut être majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, ou pour les agents en fonction lors de publication du présent décret, intervient plus de deux ans après la date de publication, de celui-ci, le 8 novembre 2011. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1<sup>er</sup>. Les périodes antérieures à la date de publication du présent décret ne font pas l'objet de majoration.

### Article 20 Révision des cotisations

Il est convenu que toute modification réglementaire ou fiscale en cours d'année et notamment des taxes et contributions appliquées aux cotisations appelées, pourra faire l'objet d'une répercussion immédiate sur les cotisations de l'année en cours. Un appel complémentaire sera alors adressé par la Mutuelle pour couvrir ladite taxation, sans que cet appel puisse excéder le surcoût exact de la modification réglementaire survenue.

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction notamment de l'âge de l'Assuré, des résultats du compte technique d'exploitation du présent règlement mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

La révision des cotisations est notifiée au Membre participant et s'impose dès la notification.

### Article 21 Paiement des cotisations

Le Membre Participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle.

Elle peut être réglée au moment de la souscription du contrat ou par échéances trimestrielles ou mensuelles sans aucune majoration.

Les moyens de paiement proposés au Membre Participant par la Mutuelle figurent au Bulletin d'Adhésion.

Le paiement des cotisations en espèces ne sera acceptée qu'à titre exceptionnel et sur dérogation, dans le respect des dispositions du Décret n°2018-284 du 18 avril 2018 renforçant le dispositif français de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme "...les paiements en liquide à la caisse d'un commerçant ne peuvent plus dépasser la somme de 1 000 €.", ce montant, est évalué globalement sur l'année, si le versement correspond au paiement fractionné d'une cotisation annuelle.

Les versements récurrents en espèces, et/ou dépassant le plafond légal fixé par le décret pourront faire l'objet de signalement "Tracfin".

En cas de fractionnement par mois, le prélèvement automatique ou le précompte sur salaire (si il est autorisé par l'employeur du Membre Participant) sont obligatoires.

Les incidents bancaires (chèques ou prélèvement rejetés) entraînent automatiquement la refacturation par la banque de frais de rappel fixés à 2 euros. Ces frais sont ensuite refacturés au Membre Participant.

### Article 22 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle peut, en application de l'article L 221-7 du Code de la mutualité, adresser au Membre Participant une lettre de mise en demeure.

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

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations la Mutuelle exigera le remboursement des prestations dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les frais engagés dans le cadre d'une mise en demeure pour défaut de paiement des cotisations (LRAR ou frais d'huissier), également identifiés comme des frais de recouvrement, sont entièrement supportés par la Mutuelle. Le prélèvement des cotisations est suspendu dès le premier prélèvement impayé. Il n'est rétabli qu'après règlement intégral de l'arriéré de cotisations, et, à la demande expresse du Membre Participant.

## Chapitre 6 : GARANTIES ET PRESTATIONS

### I) Garanties

#### Article 23 Droits aux prestations

Les frais de santé doivent correspondre à des soins reçus, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, postérieurement à la date d'effet du Contrat et à l'Adhésion de l'Assuré et en tout état de cause, avant toute cessation de l'assurance. La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de remboursement de l'acte médical par le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou Accidents dont la date de remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie est postérieure à la date d'effet de l'Adhésion du Membre Participant ou de l'Affiliation de l'Ayant-Droit et antérieure à la date de résiliation de l'Adhésion.

La Mutuelle peuvent aussi avoir recours à une expertise médicale effectuée par tout professionnel de santé de leur choix, dont les honoraires sont à leur charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

#### Article 24 Période d'attente

Un délai d'attente de trois mois à compter de la date d'effet de l'Adhésion est appliqué pour pouvoir bénéficier des prestations forfaitaires, à l'exception du forfait journalier hospitalier et des forfaits optiques.

Les périodes d'attente sont supprimées pour :

- Les Adhérents venant d'une autre mutuelle sur présentation d'un certificat de radiation de moins de 3 mois, pour tous les risques couverts antérieurement.
- Les nouveaux Ayants-Droit inscrits dans les 3 mois suivants le mariage, le concubinage, la naissance ou à l'adoption.



## **Article 25 Révision annuelle des Garanties**

Les niveaux des Garanties sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année, et peuvent être modifiés notamment en fonction des résultats techniques du Règlement, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale hors hospitalisation et du Plafond de la Sécurité Sociale.

La révision des Garanties est notifiée au Membre participant et s'impose dès la notification.

## **Article 26 Conditions particulières à certaines Garanties**

### **PLAFONDS ET LIMITES**

**Sauf exception les plafonds et limites figurant au tableau des prestations s'appliquent en année civile pour chaque Assuré.**

**Le plafond « Fidélité » s'apprécie en année civile complète d'adhésion. Ils se substituent au plafond de base au-delà de 2 ans d'ancienneté au sein de la mutuelle.**

### **MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES**

Les dépassements d'honoraires pour exigence particulière du patient sont exclus du droit à prestations.

### **HOSPITALISATION**

Pour le forfait journalier, la chambre particulière et le séjour accompagnant : le paiement se fera au vu de la facture originale acquittée de l'établissement hospitalier, indiquant la date d'entrée et de sortie ainsi que la nature de l'hospitalisation.

### **Forfait journalier hospitalier**

Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements hospitaliers prévu à l'art.L.174-4 du Code de la Sécurité Sociale est intégralement remboursé et pris en charge sans limitation de durée, sauf disposition contraire figurant au tableau des prestations et pour les établissements médico-sociaux et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

Les hébergements en appartements thérapeutiques sont assimilés à des hospitalisations et donnent droit au paiement d'un forfait équivalent au forfait journalier.

### **Chambre particulière**

En cas d'hospitalisation Médicale ou chirurgicale, la Mutuelle participe au paiement de la chambre particulière, sans restriction de durée, pour un montant journalier figurant au tableau des prestations en annexe.

Dans le cas d'une hospitalisation dans un établissement spécialisé figurant dans la liste ci-après, la durée et le montant des remboursements sont limités selon les conditions figurant au tableau des prestations en annexe.

Dans le cas d'une hospitalisation en ambulatoire la durée et le montant sont limités selon les conditions figurant au tableau des prestations en annexe.

### **Frais d'accompagnant**

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un bénéficiaire au-delà de 50 kilomètres du domicile principal et d'un bénéficiaire de moins de 16 ans quelle que soit la distance, la Mutuelle participe aux frais d'accompagnement (hébergement et repas) facturés par l'établissement hospitalier et engagés par le Membre Participant dans les limites figurant aux tableaux des prestations en annexe.

Par dérogation à cette règle, en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire au-delà de 50 km du domicile principal, si l'hébergement de l'accompagnant en milieu hospitalier n'est pas possible (attestation de l'établissement), les frais d'hébergement hôtelier sont pris en compte dans les mêmes limites.

### **Etablissements spécialisés**

Sont considérés comme établissements spécialisés, les établissements ne rentrant pas dans le cadre des hospitalisations médicales et chirurgicales tels que : les maisons de repos, convalescence, rééducation, retraite, gériatrie, cure, établissements psychiatriques, établissements de chirurgie esthétique, cliniques diététiques, colonies sanitaires, préventoriiums et les services de moyen séjour.

### **SOINS DENTAIRES**

Le plafond annuel dentaire ne s'applique pas aux soins dentaires courants et aux actes inlay-onlay remboursés par la sécurité sociale. Au-delà du plafond, le remboursement est limité au ticket modérateur.

la Mutuelle se réserve le droit de réclamer tout justificatif leur permettant de constater la réalisation des soins, et notamment l'imprimé type de la Mutuelle et/ou une facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité Sociale.

la Mutuelle se réserve également le droit de soumettre les demandes de prestations à l'avis de leur chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

### **OPTIQUE MEDICALE**

Les suppléments optique intègrent le complément du tarif de responsabilité de la sécurité sociale. Ils sont assujettis aux limites fixées par la législation des contrats responsables.

En toute situation, le Membre Participant devra fournir à la Mutuelle la facture détaillée et acquittée des soins réalisés par le professionnel de santé.

Monture et verres : pour les adultes (plus de 18 ans), le remboursement est limité à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond prévu à la Garantie. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité sociale, et pour les mineurs, le remboursement est limité à un équipement par année calculée de date à date à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments, dans la limite du plafond annuel prévu à la Garantie.

Sont considérés comme des verres simples, les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

Sont considérés comme des verres complexes, les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs ;

Sont considérés comme 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 verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Lentilles cornéennes non prises en charge par la sécurité sociale : une prescription médicale doit également être communiquée à la Mutuelle.

Opération chirurgicale : le Membre Participant communiquera à la Mutuelle la note d'honoraires originale du praticien.

### **ACTES DE SOINS NON CONVENTIONNELS**

La Mutuelle peut rembourser les actes sur présentation d'une facture originale du praticien mentionnant l'acte concerné. Sont compris : les actes d'acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute, dispensés par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées, les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, pédicure-podologue, psychomotricien, psychologue, psychothérapeute enregistrés sur le système d'information national des professionnels de santé (Adeli) ou au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les actes d'étiopathes inscrits au Registre national des étiopathes ou de l'Institut français d'étiopathie, les actes d'hypnothérapeutes inscrits à la Fédération française des hypnothérapeutes ou au Syndicat des hypnothérapeutes en tant que praticien diplômé, les actes de sophrologues inscrits à la Fédération française de sophrologie en tant que praticien diplômé.

Ces prestations ne sont délivrées que pour les actes non remboursés par la Sécurité Sociale. Sont exclus les dépassements d'honoraires, effectués par des médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que les actes en complément d'un acte remboursé par le régime obligatoire.

### **PARTICIPATION SUR LICENCE SPORTIVE**

Les forfaits annuels sont payés sur présentation d'une copie certifiée conforme d'une licence délivrée par une fédération sportive figurant dans les listes des fédérations Unisport agréées par le ministère en charge de la jeunesse et des sports.

### **Article 27 Assistance à domicile «Mutuelles Corse Assistance»**

Les Membres Participants bénéficient, pour eux et leurs Ayants-Droit, de la garantie « Assistance à Domicile ».

Cette garantie est assurée par Filassistance International, Société anonyme régie par le code des assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°433 012 689, dont le siège social se situe 108 Bureaux de la colline - 92210 SAINT CLOUD.

La garantie est incluse dans les garanties du contrat. L'adhésion à ces garanties est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité.

La prestation « Assistance à Domicile », ses modalités de mise en œuvre, sont définies dans la notice d'information remise au souscripteur préalablement à son inscription

### **Article 28 Service de Téléconsultation Médicale**

Les Membres Participants bénéficient, pour eux et leurs Ayants-Droit, de la prestation « Service de Téléconsultation Médicale ».

Cette prestation est assurée par Medaviz, service de téléconsultation mis en œuvre par PODALIRE - SAS au capital de 67 840€ - 807 414 024 RCS Paris - Siège social : 10 Rue de Penthièvre 75008 Paris.

La garantie est incluse dans les garanties du contrat. L'adhésion à cette garantie est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité.

La prestation « Service de Téléconsultation Médicale », ses modalités de mise en œuvre, sont définies dans la notice d'information remise au souscripteur préalablement à son inscription

### **Article 29 Demande de prestations**

A défaut de transmission des demandes de remboursements par flux informatiques, celles-ci ne pourront être honorées que si elles sont accompagnées des décomptes originaux du régime obligatoire d'assurance maladie et/ou de tout organisme complémentaire d'assurance maladie, des factures et reçus acquittés accompagnant les pièces justificatives des sommes engagées. Dans le cadre de soins ou fournitures refusées par le régime de base, il convient d'adjoindre également la facture originale acquittée et la copie du refus dudit régime.

Dans tous les autres cas où la Mutuelle a prévu d'intervenir, une preuve d'achat et, le cas échéant, une prescription médicale devront être fournies.

Les souscripteurs pourront bénéficier de la procédure NOEMIE d'échanges selon convention avec les régimes de base sauf refus exprès du souscripteur.

Le détail des justificatifs à fournir selon les prestations demandées est précisé au tableau des pièces justificatives figurant en annexe. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge de l'Assuré. En cas de déclaration frauduleuse, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

### **Article 30 Délai de paiement des prestations**

La Mutuelle verse leurs prestations généralement :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) ;
- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues en annexe en cas de traitement manuel des remboursements ; délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

### **Article 31 Le Tiers payant**

Le système du tiers payant dispense le bénéficiaire de l'Assurance maladie de faire l'avance des frais médicaux dans le cadre du parcours de soins coordonné. Le tiers payant est appliqué par les professionnels de santé uniquement sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les prestations garanties par la mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant conformément aux obligations liées aux contrats responsables et dans le cadre des conventions signées entre la Mutuelle et les professionnels ou établissements de santé. Une carte de tiers payant sera délivrée au membre participant. Cette carte mentionnera explicitement les prestations garanties couvertes en tiers payant. Dans le cadre du tiers-payant, les professionnels de santé se font directement remboursés par la caisse de régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle. Néanmoins, lorsque le professionnel de santé accorde la dispense d'avance de frais sur la seule part relative au régime obligatoire d'assurance maladie à l'exclusion de la part relative à complémentaire santé, le remboursement de la mutuelle intervient sur présentation de la facture originale acquittée.

Pour l'hospitalisation, le dentaire, l'optique et l'audioprothèse, le tiers payant est effectué sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

Dans le cadre du conventionnement mutualiste, les adhérents et ayants droits bénéficient d'une dispense d'avance des frais relatifs à la chambre particulière.

## Chapitre 7 : DISPOSITIONS DIVERSES

### Article 33 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- Les statuts,
- Le Règlement Mutualiste,
- Le certificat d'Adhésion,
- Le Bulletin d'Adhésion,
- Le Règlement Intérieur.

En cas de contradiction entre les dispositions du Certificat d'Adhésion et celles du Bulletin d'Adhésion, ce sont celles du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres du présent Règlement Mutualiste n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion souscrite par le Membre Participant exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Elle prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties et se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où une quelconque des dispositions du Règlement Mutualiste serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du Règlement Mutualiste.

### Article 34 Obligations en cas d'accident

Le Membre Participant, ou en cas de décès, ses Ayants-Droit sont tenus de déclarer à la Mutuelle dans les délais les plus courts le lieu et la date de l'Accident, ses causes et circonstances, les noms et adresses des victimes, si possible ceux des témoins et éventuellement ceux des auteurs responsables. De même, ils devront préciser si un procès-verbal de l'Accident a été établi, et dans l'affirmative par quelle autorité.

Les déclarations prévues ci-dessus seront reçues tant au Siège de la Mutuelle que dans ses agences par écrit. Il en sera donné récépissé sur demande. Le Membre Participant ou le Bénéficiaire qui induit intentionnellement la mutuelle en erreur, sur la date ou les circonstances d'un accident perd le bénéfice de la garantie pour les prestations s'y rapportant.

### Article 35 Subrogation

Conformément aux dispositions des articles L 224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogé dans les droits et actions du Membre Participant ou de ses Ayants droit victime d'un Accident ou d'une maladie contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposée, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même en cas d'Accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants-Droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer leur droit de subrogation, le Membre Participant ou ses Ayants-Droit s'engagent à déclarer à l'Apériteur, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victime.

Lorsque, du fait de la victime ou des Ayants-Droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, ceux-ci disposent d'un recours contre la victime ou ses Ayants-Droit

### Article 36 Réclamations

Toute réclamation portant sur des prestations réglées ou refusées devra parvenir à la Mutuelle dans les délais de forclusion et de prescription établis aux articles 38 et 39 du présent règlement, et ce à compter du règlement ou de la décision de refus de paiement, soit :

- Par écrit : MDC - 8 av. Mal Sebastiani – CS80277- 20296 BASTIA Cedex
- Par téléphone : 04 95 34 95 34 (prix d'un appel local) et demandez le Service réclamation,
- Par internet : via l'espace personnel de chaque Membre Participant disponible depuis le site <http://www.mutuelledelacorse.com>

Tout changement relatif au service réclamation sera adressé au Membre Participant.

La Mutuelle accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa réception, sauf si durant ce même délai elle est en mesure d'apporter une réponse au Membre Participant. Par ailleurs, ils disposent d'un délai de deux

### Article 32 Prestations indues

En cas de prestation indûment versées à un Membre participant ou à un Ayant-Droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Membre participant postérieurement à la suspension de ses Garanties ou à la résiliation de son Adhésion entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à leur disposition et notamment par voie de compensation avec des Prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

mois pour répondre de manière claire et compréhensible à la réclamation envoyée par le Membre Participant.

### Article 37 Médiation

La Mutuelle assure à tout adhérent un recours effectif à un dispositif de médiation de la consommation et acceptent le recours à tout médiateur de la consommation répondant aux exigences du Code de la consommation dès lors qu'un litige, lié à l'application ou à l'interprétation des statuts et son règlement intérieur et du présent document, n'a pas pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable écrite introduite auprès du service de réclamation comme précisé précédemment.

Lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées, et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée, le Membre Participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

La médiation est gratuite pour l'adhérent.

Le médiateur de la consommation examine les dossiers portés à son attention selon les dispositions prévues au règlement de médiation de la Mutualité française.

Les dossiers constitués des éléments indispensables à l'examen de la demande sont à adresser à **Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française**. Le Médiateur peut être saisi par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Consommation FNMF- 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 par demande sur le site internet de Monsieur le Médiateur de la Consommation FNMF, <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

L'ensemble des informations relatives au dispositif de médiation figurent sur le site de la Mutuelle sur la page <http://www.mutuelledelacorse/mediation>

En application de l'article 2238 du Code civil, ce courrier de recours à la médiation suspend le délai pendant lequel vous pouvez agir en justice.

Après examen du différend, un avis motivé par le médiateur est rendu dans les 3 mois maximum suivant la saisine. Il ne s'agit que d'un avis en droit et/ou en équité qui n'engage pas les parties. Si l'une des parties n'est pas satisfaite de la décision rendue, elle conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

### Article 38 Déchéance

**Le Membre Participant, l'Ayant-Droit ou le bénéficiaire peut être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel.**

**Peut également être déchu de ses droits le Membre participant, l'Ayant Droit ou le bénéficiaire en cas d'un retard excédant 2 ans pour la production de pièces, ou pour la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités.**

**La Mutuelle pourra réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard leur a causé.**

### Article 39 Délai de prescription

Toutes actions dérivant de l'Adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L 221-11 du Code de la mutualité.

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 connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre Participant, du Bénéficiaire ou d'un 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier,
- la signification d'une citation en justice, même en référé, un commandement ou une saisie,
- la citation en conciliation lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice signifiée dans les délais de droit, et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

En outre, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- par la Mutuelle au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.
- par le Membre participant, le Bénéficiaire, ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.



Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la mutuelle est celle portée sur le document émis par le régime obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention du régime obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

Toute action relative au versement des cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

Conformément à l'article L 221-12 du Code de la mutualité, la prescription peut être interrompue par une citation en justice, un commandement, une saisine, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

#### **Article 40 Autorité de contrôle**

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution située 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09 – [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr).

#### **Article 41 Loi applicable au Règlement**

La loi applicable est la loi Française, même si le risque est situé hors de France.

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du Membre Participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

#### **Article 42 Contrôle des prestations**

La Mutuelle peut faire procéder à un contrôle sur place ou sur pièce de la situation médicale de l'Assuré, par un Médecin ou un Chirurgien-Dentiste conseil, pour toute prestation demandée par un Membre Participant pour les Garanties Dentaire ou Optique. En cas de refus du Membre Participant de répondre à ce contrôle ou si, n'ayant pas notifié à la Mutuelle son changement d'adresse, il ne peut être joint, les Garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du Membre Participant.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du Membre Participant, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de la Mutuelle, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins ou des Chirurgiens-Dentistes dans le ressort duquel se trouve le domicile du Membre Participant, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties par parts égales. Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au Membre Participant devront être restituées à la Mutuelle.

#### **Article 43 Informatique et libertés**

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques. Elles peuvent également être utilisées : i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et ii) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription. Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.).

Conformément à la réglementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser à Jean-François ORSONI DPO, [dpo.mdc@mutuelledelacorse.com](mailto:dpo.mdc@mutuelledelacorse.com) par courriel ou par voie postale à Mutuelle de la Corse 8 av. Mal Sebastiani – CS80277- 20296 BASTIA Cedex. Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droits, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès du Service Relations Adhérents de la Mutuelle de la Corse 8 avenue Maréchal Sébastiani CS 80277 20296 Bastia cedex



## ANNEXE PIÈCES JUSTIFICATIVES

BÉNÉFICIAIRES NOEMIE	
Dépassements d'honoraires	Facture acquittée précisant la date de l'intervention et la cotation
Hospitalisation, appareillages et prothèses	Prescription médicale + facture originale acquittée et détaillée
Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation	Facture acquittée (lit accompagnant et repas par jour)
Forfait verres et montures	Prescription médicale + Facture acquittée + décompte de la Sécurité sociale
Forfait lentilles correctives	Prescription médicale + Facture acquittée
Chirurgie réfractive	Facture acquittée (note d'honoraires)
Naissance ou Adoption	Extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille ou certificat définitif d'adoption
Soins dentaires - Prothèses dentaires - Orthodontie - Stomatologie - Inlays-Onlays - Inlay Core	Imprimé type de la mutuelle et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité Sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien-dentiste conseil de la mutuelle qui pourra être amenée à modifier ou refuser le montant pris en charge.
Frais d'hébergement et de transport cure thermale	Décompte Sécurité sociale + bulletin de situation mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
Soins non conventionnels Acupuncteur, homéopathe, mésothérapeute, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, pédicure-podologue, psychomotricien, psychologue, psychothérapeute, étiope, hypnothérapeutes, sophrologues.	Facture originale du praticien mentionnant selon l'acte concerné, la possession du diplôme d'Etat dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, l'affiliation à une association professionnelle reconnue, le numéro ADELI (ARS), les coordonnées de la police d'assurance RC professionnelle
Traitement anti-tabac	Facture acquittée
Prévention non remboursée par la SS	Prescription médicale + facture acquittée
NON-BÉNÉFICIAIRES NOEMIE	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale + justificatifs ci-dessus + facture acquittée
Pour les soins pris en charge par un autre organisme complémentaire.	Décompte original de la Sécurité sociale + justificatifs ci-dessus + facture acquittée +Décompte de remboursement du premier organisme complémentaire
POUR TOUT ACTE OU FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE : FACTURE ORIGINALE ACQUITTÉE ET DÉTAILLÉE	