

MUTUELLE MÉDICO-CHIRURGICALE

REGLEMENT MUTUALISTE 2020

Service Public Santé (SPS)

SOMMAIRE

TITRE I

ADHÉSION

Article 1 : *Objet*

Article 2 : *Conditions d'adhésion*

Article 3 : *Prise d'effet de l'adhésion*

Article 4 : *Prise d'effet des modifications de l'adhésion*

Article 5 : *Informations dues à l'adhérent*

Article 6 : *Durée et renouvellement de l'adhésion*

Article 7 : *Cessation de l'adhésion*

Article 8 : *Définition des bénéficiaires de la garantie*

Article 9 : *Formalités d'adhésion*

TITRE II

GARANTIE

Article 10 : *Définition de la garantie – Garanties*

Article 11 : *Montant des garanties*

TITRE III

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 12 : *Conditions et modalités de versement des prestations*

Article 13 : *Délai de versement des prestations*

Article 14 : *Prescription*

Article 15 : *Délai de forclusion*

Article 16 : *Subrogation*

TITRE IV

COTISATIONS

Article 17 : *Cotisations*

Article 18 : *Paiement des cotisations*

Article 19 : *Défaut de paiement des cotisations – Radiation*

Article 20 : *Variation des cotisations*

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 21 : *Information des adhérents*

Article 22 : *Délai de réflexion avant adhésion*

Article 23 : *Protection des données personnelles*

Article 24 : *Réclamation - Médiation*

Article 25 : *Autorité de contrôle*

TITRE I ADHÉSION

Article 1 – Objet

Le présent règlement mutualiste a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles les membres participants et leurs ayants droit de la Mutuelle Médico-Chirurgicale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 778 542 852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul, ayant adhéré au contrat **Service Public Santé (SPS)**, sont garantis contre tout ou partie des risques de dommages corporels suivants : 1) Accidents, 2) Maladie. Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la Mutualité.

Article 2 – Conditions d'adhésion

L'adhésion au présent règlement mutualiste est réservée à toute personne affiliée à un régime de base obligatoire français.

L'adhésion peut être souscrite dans toute la France et dans les DROM.

Article 3 – Prise d'effet de l'adhésion

Pour la prise d'effet de l'adhésion, la date retenue sera le 1er du mois en cours indiqué sur la demande d'adhésion, dûment complétée et signée.

Article 4 – Prise d'effet des modifications de l'adhésion

Pour les modifications entraînant une incidence tarifaire, l'adhésion prend effet le 1er du mois en cours indiqué sur la demande d'adhésion, dûment complétée et signée.

Article 5 – Informations dues à l'adhérent

Pour toute adhésion, l'adhérent reçoit un certificat d'adhésion où sont mentionnés :

- l'identité du membre participant et celle de ses ayants droit bénéficiant des prestations de la Mutuelle ;

- les références du contrat santé ;

- la date d'effet de l'adhésion ;

- le montant de la cotisation annuelle ;

- la périodicité de paiement ;

- la cotisation de base et le prorata de cotisation correspondant à la période due à la souscription ;

- l'échéance principale ;

- la notion de stages, le cas échéant.

Suite à l'enregistrement de son adhésion, l'adhérent reçoit un appel de cotisations, suivant le mode de règlement choisi, accompagné de sa carte d'adhérent, carte ouvrant droit à tiers payant, ainsi que les documents d'assistance.

Suite à une modification du contrat santé, l'adhérent reçoit une lettre avenant à annexer au contrat initial.

Article 6 – Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion est souscrite jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, et est ensuite tacitement reconduite d'année en année à l'échéance principale le 1^{er} janvier.

Article 7 – Cessation de l'adhésion

- l'adhérent peut mettre fin à son adhésion :

- o tous les ans en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité à la MMC au moins deux mois avant le 31 décembre (résiliation à l'échéance annuelle),

- o après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité à la MMC (résiliation infra-annuelle). Dans ce cas, l'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La MMC est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

- lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions auxquelles le présent règlement subordonne l'admission ;

- en cas de non-paiement de la cotisation selon les dispositions prévues à l'article 22 du présent règlement mutualiste ;

- à l'initiative de la Mutuelle (se reporter à l'article 14 des statuts).

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf en cas de décès.

Article 8 – Définition des bénéficiaires de la garantie

Sont considérés comme bénéficiaires l'adhérent ou ses ayants droit, désignés au certificat d'adhésion, qui recevront la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du risque frais de soins de santé prévu au contrat santé.

Les personnes assurées sont l'adhérent et, s'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion, son ou sa conjoint(e), son ou sa partenaire de PACS, son ou sa concubin(e), ses enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un régime de base obligatoire français en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Article 9 – Formalités d'adhésion

L'adhérent doit joindre les documents suivants :

- la demande d'adhésion dûment complétée et signée ;

- la photocopie de l'attestation de droit du régime de base obligatoire de l'adhérent et de ses ayants droit désignés au certificat d'adhésion ;

- un certificat de radiation de l'organisme précédent, le cas échéant, attestant l'adhésion antérieure à un contrat labellisé ou à une convention de participation ;

- un justificatif attestant de la date d'entrée de l'adhérent dans la fonction publique territoriale ;

- Sept jours après la signature de la proposition valant certificat d'adhésion ou de la demande d'adhésion, un mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé ;

L'adhérent s'engage à signifier à la Mutuelle tout changement de situation familiale ou de protection sociale (régime de base obligatoire) dans le mois qui suit le changement.

TITRE II GARANTIE

Article 10 – Définition de la garantie

Elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.

Nos contrats garantissent le complément après l'intervention d'un régime de base obligatoire français, et des garanties accessoires pour une couverture médicale plus complète.

Différentes options sont proposées pour les adhésions et figurent sur le tableau de garanties avec la proposition valant certificat d'adhésion ou la demande d'adhésion.

GARANTIES

Sous réserve d'être expressément mentionnées dans le tableau de garanties pour le niveau de garanties choisi, sont pris en charge les prestations telles que définies ci-après :

GARANTIE CHIRURGIE

La garantie chirurgie prend en charge dans les conditions déterminées dans le présent règlement mutualiste toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par suite de maladie, d'accident ou de maternité.

Ces interventions doivent figurer à la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités.

FRAIS DE SÉJOUR

Dans les établissements publics, privés, et grands centres hospitaliers, la MMC procède au remboursement des frais de séjour sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires français et dans la limite des frais engagés.

GARANTIE HOSPITALISATION

La MMC conditionne la dispense d'avance de frais* (tiers-payant) à la délivrance préalable d'une prise en charge établie au vu d'un avis d'admission ou d'un bulletin de situation. Dans

les établissements publics, privés et grands centres hospitaliers, remboursement sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires français, en hospitalisation chirurgicale, médicale, psychiatrique, centres de rééducation fonctionnelle, moyen séjour, repos et convalescence et maternité (accouchement) dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

GARANTIE MALADIE

Remboursement des frais médicaux, des frais de pratique médicale courante, des soins infirmiers, des examens de laboratoire et de radiologie, des frais de chirurgie, des frais d'optique, de bandages, d'appareils orthopédiques, de transport et de pharmacie dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

GARANTIE DENTAIRE

Les remboursements des actes concernés par un dépassement d'honoraires et/ou non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (tels que implants et parodontologie) sont conditionnés par un accord d'entente préalable du service de Conseil dentaire de la Mutuelle, et la fourniture éventuelle d'éléments complémentaires (radios pré, per et post-opérateurs, bilan parodontal, déclaration de conformité...). Ces pièces, parties intégrantes de votre dossier médical, peuvent vous être demandées par notre Conseil dentaire selon la nature du plan de traitement établi par votre praticien traitant (sous couvert de notre Dentiste consultant, garant du secret médical).

Remboursement des soins dentaires laissés à la charge de l'adhérent après remboursement par les régimes de base obligatoires français (ticket modérateur). En ce qui concerne les prothèses dentaires et l'orthodontie ayant fait l'objet d'un accord par le régime de base obligatoire, prise en charge dans la limite des frais engagés dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

Remboursement des prothèses dentaires mobiles et fixes refusées (sauf provisoires), prise en charge dans la limite des frais engagés dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, sur présentation de factures acquittées.

CHAMBRE PARTICULIÈRE CHIRURGIE

Prise en charge de la chambre particulière dans l'établissement où a lieu l'intervention, pendant la durée normale du séjour prévue à la nomenclature des actes professionnels dans la limite des frais engagés dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

CHAMBRE PARTICULIÈRE EN CHIRURGIE, MEDECINE ET MATERNITE

Prise en charge des frais engagés pour le supplément chambre particulière, dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

(enfant de moins de 12 ans)

Prise en charge des frais d'accompagnement (lit et repas hospitaliers) sur présentation de facture de l'hospitalisation de l'enfant, inscrit au contrat, dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie et dans la limite des frais engagés.

FORFAIT JOURNALIER

Prise en charge en cas d'hospitalisation dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

FORFAIT NAISSANCE/ADOPTION

Paiement du forfait naissance/adoption dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, par enfant, sous réserve de son inscription effective, et du paiement de la cotisation (naissance : inscription dans un délai d'un mois et adhésion au 1er jour du mois de naissance).

FORFAIT APPAREILLAGE AUDITIF

Paiement du forfait dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, et dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de facture acquittée.

FORFAIT PETIT APPAREILLAGE

Paiement du forfait dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, et dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de facture acquittée.

FORFAIT OPTIQUE

La MMC conditionne pour l'ensemble de ses adhérents, les remboursements au titre de la garantie optique, à un accord d'entente préalable du service optique de la Mutuelle (formulaire de devis disponible sur notre site www.mutuelle-mmc.com). Concernant les enfants, dans le cas où le contrat santé souscrit prévoit la prise en charge jusqu'à deux paires de lunettes par année de garantie, une nouvelle ordonnance établie par un ophtalmologue sera demandée pour l'éventuelle prise en charge du second équipement. Paiement du forfait dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, et dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de facture acquittée.

Remboursement des lentilles refusées, prise en charge dans la limite des frais engagés, et dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, sur présentation d'ordonnance ou de lettre de refus du régime de base obligatoire français, et sur facture acquittée.

Remboursement de l'opération de la myopie, prise en charge dans la limite des frais engagés, et dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties

correspondant à l'option choisie, et sur facture acquittée.

CURE THERMALE

Remboursement des cures dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, et dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de factures acquittées et/ou autres justificatifs jugés nécessaires par la Mutuelle (frais d'hébergement, hors restauration, et/ou de transport).

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Remboursement du dépassement, après prise en charge du régime de base obligatoire français prévu dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie, et dans la limite des frais engagés.

HOSPITALISATION ET INTERVENTION CHIRURGICALE À L'ÉTRANGER

En cas d'hospitalisation et/ou d'intervention chirurgicale à l'étranger, prise en charge par le régime de base obligatoire français de l'assuré, la Mutuelle rembourse les dépenses dans la limite du tarif de responsabilité déterminé par le centre de régime de base obligatoire auquel le bénéficiaire est affilié, et dans les limites définies par les garanties indiquées au certificat d'adhésion et sur le tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

FORFAIT TÉLÉVISION

Paiement d'un forfait conformément au tableau des garanties pour le niveau de garanties choisi, sur les frais de location d'un téléviseur lors d'un séjour hospitalier en médecine ou chirurgie, sur présentation de factures acquittées et d'un bulletin de situation.

GARANTIES NOUVELLES

Remboursement des actes et produits concernés par les « Garanties nouvelles » conformément au tableau de garanties pour le niveau de garanties choisi.

Article 11 – Montant des garanties

Les montants des garanties sont déterminés et détaillés au tableau de garanties correspondant à l'option choisie.

TITRE III VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 12 – Conditions et modalités de versement des prestations

Sous réserve de justification, sans jamais dépasser les frais engagés, la Mutuelle prend en charge les prestations et forfaits de la manière suivante : la Mutuelle calcule ses remboursements en prenant pour base le tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires français et après remboursement de ces derniers.

Pour chaque prestation, il est prévu un taux de remboursement. Le calcul du remboursement de la Mutuelle s'obtient en multipliant le tarif de responsabilité par le taux de remboursement.

Si le taux est égal ou inférieur à 100 %, le montant total des remboursements du régime de base obligatoire français et de la Mutuelle ne pourra dépasser le tarif de responsabilité.

Si le taux est supérieur à 100 %, le montant total des remboursements du régime de base obligatoire français et de la Mutuelle ne pourra dépasser le montant des frais engagés.

En cas de changement de taux de remboursement des régimes de base obligatoires, décidé par les pouvoirs publics, le Conseil d'Administration de la Mutuelle, dûment mandaté par l'Assemblée Générale, se réserve la possibilité, en fonction de la situation financière de la Mutuelle, d'une part, et de l'incidence de ces nouvelles mesures sur cette dernière, d'autre part, de prendre ou non en charge les nouvelles dépenses, sous réserve de ratification de cette décision par la prochaine Assemblée Générale.

Les prestations accordées par la Mutuelle découlent du contrat santé.

Des prestations exceptionnelles, prises sur le budget d'Aide Sociale, peuvent être accordées aux membres participants et à leur famille, en complément des prestations prévues au présent règlement, sur étude de dossier et sur décision de la Commission d'Aide Sociale de la MMC.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Au cas où des prestations auraient été versées à tort, les sommes en question peuvent être récupérées sur les prestations dues.

Le remboursement des prestations s'effectue en prenant en considération la date de la consultation ou la date de prescription.

En cas de renouvellement d'ordonnance, la date retenue est celle de la facturation, sur présentation de la copie de l'ordonnance initiale.

Tiers payant :

Une carte de tiers payant est délivrée par la MMC à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certaines professions de santé partenaires, aux conditions définies par la Mutuelle.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise sous peine de poursuite que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, la MMC pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

Article 13 – Délai de versement des prestations

Le versement des prestations s'effectue à réception des décomptes de remboursements originaux des régimes de base obligatoires français, des notes d'honoraires et des factures acquittées.

Pour les télétransmissions des régimes de base obligatoires français ou des professionnels de santé, la gestion est automatisée, accompagnée le cas échéant d'une demande de justificatifs.

Article 14 – Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que le 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 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.

Ce délai est porté à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues aux articles 2240 et suivants du Code Civil, et par une des causes d'interruption spécifiques à l'assurance, à savoir :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes de suspension de la prescription sont prévues aux articles 2230 et suivants du Code Civil, et notamment :

- la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.
- la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

Article 15 – Délai de forclusion

Le remboursement des prestations est limité à deux ans à compter de la date des soins.

Aucune prestation n'est due en cas de non remboursement par les régimes de base obligatoires français sauf pour les garanties accessoires conformément au tableau de garanties pour le niveau de garanties choisi.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion ou de suspension.

Article 16 – Subrogation

Se reporter à l'article 66 des statuts.

TITRE IV COTISATIONS

Article 17 – Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

La cotisation est fixée forfaitairement. Elle est fonction de la composition de la famille, du régime de base obligatoire, de leur lieu de domiciliation et de l'âge du bénéficiaire défini au 1er janvier de chaque année par différence de millésime (année civile moins année de naissance).

Le nombre d'enfants cotisants est limité à trois. À cette cotisation s'ajoute la Cotisation Sociale Mutualiste destinée à des organismes supérieurs ou techniques, cotisation dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

Elle peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne. La cotisation est payable d'avance et peut être revalorisée en cours d'année si la situation financière de la Mutuelle l'exige. Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. La cotisation étant annuelle, la radiation en cours d'année pour non-paiement entraîne l'arrêt du paiement des prestations.

Les garanties du contrat santé respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables. Le contrat santé respecte la réglementation liée au parcours de soins et les conditions prévues au décret N° 2011-1474 du 8 novembre 2011, ainsi que ses quatre arrêtés d'application publiés au J.O. du 10 novembre 2011. Une majoration de cotisation de 2%, pour toute année non cotisée à un contrat labellisé ou à une convention de participation, postérieurement à l'âge de 30 ans, est appliquée.

La majoration ne s'applique :

- pour les nouveaux agents, qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée dans la fonction publique ;
- pour les agents en fonction à la date de publication du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et aux retraités, qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations).

La majoration ne s'applique pas aux agents et retraités qui adhéraient déjà à un règlement ou à un contrat pour lequel un label est délivré dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 33 II du décret susmentionné).

Article 18 – Paiement des cotisations

Dans le cas d'une adhésion au titre d'un contrat individuel, l'adhérent peut échelonner le paiement de sa cotisation mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou régler annuellement.

Mensuellement :

Cette possibilité est réservée exclusivement aux membres qui ont accepté de payer leur cotisation par prélèvement automatique. Les prélèvements sont effectués chaque début de mois.

- exemple :

Soit les prélèvements de l'année N débuteront à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté en même temps que le prélèvement du mois suivant.

Soit les prélèvements de l'année N débuteront à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté en même temps que le prélèvement du mois suivant.

Trimestriellement :

- exemple : le prélèvement pour l'année N débutera à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1, le deuxième prélèvement le 3^{ème} mois de l'année N indiquée sur votre échéancier, le troisième prélèvement le 6^{ème} mois de l'année N indiquée sur votre échéancier, le quatrième prélèvement le 9^{ème} mois de l'année N indiquée sur votre échéancier. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté le mois suivant.

Semestriellement :

- exemple : le prélèvement pour l'année N débutera à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1, le deuxième prélèvement le 6^{ème} mois de l'année N indiquée sur votre échéancier. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté le mois suivant.

Annuellement :

- exemple : le prélèvement pour l'année N débutera à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1.

En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté le mois suivant.

Trimestriellement :

Par chèques, par mandats ou par virements sur compte.

- exemple : le premier versement pour l'année N devra intervenir au plus tard à la date indiquée sur votre appel de cotisation de l'année N-1, le deuxième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 3^{ème} mois de l'année N, le troisième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 6^{ème} mois de l'année N, le quatrième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 9^{ème} mois de l'année N.

Semestriellement :

Par chèques, par mandats ou par virements sur compte.

- exemple : le premier versement pour l'année N devra intervenir au plus tard à la date indiquée sur votre appel de cotisation de l'année N-1, le deuxième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 6^{ème} mois de l'année N.

Annuellement :

Par chèque, par mandat ou par virement sur compte.

- exemple : le premier versement pour l'année N devra intervenir au plus tard à la date indiquée sur votre appel de cotisation de l'année N-1.

Article 19 – Défaut de paiement des cotisations – Radiation

Un rappel de cotisation auquel s'ajouteront des frais est envoyé à tout adhérent dont la cotisation n'a pas été encaissée aux dates prévues, pour non-paiement, le dossier sera remis au service contentieux. À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. 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 cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets le lendemain du jour où sont payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 20 – Variation des cotisations

Lors de chaque échéance principale, votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés :

- Évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
- Pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives à chacun des contrats.
- Pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursement et/ou des remboursements pris en charge par votre régime de base obligatoire français suite à des mesures de désengagement ou des

modifications des tarifs de convention ou de responsabilité et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes, ou contributions, établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

**TITRE V
DISPOSITIONS DIVERSES**

Article 21 – Information des adhérents

Toutes modifications de cotisations et de prestations sont notifiées aux adhérents par le biais d'une lettre simple.

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des statuts de la Mutuelle. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance.

Il est informé des services gérés par la Mutuelle. Lors de l'adhésion, l'adhérent s'engage à respecter les statuts ainsi que les modifications apportées à ceux-ci par décision de l'Assemblée Générale.

Article 22 – Délai de réflexion avant adhésion

Les modalités de la remise des documents contractuels ainsi que le délai entre la remise de ces derniers et la signature du certificat d'adhésion doivent respecter les conditions et délais définis par la législation en vigueur.

Article 23 – Protection des données personnelles

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, l'ensemble formant un tout indissociable, l'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes des données à caractère personnel le concernant, en s'adressant par courrier à l'adresse du siège social de la Mutuelle Médico-Chirurgicale ou par mail à l'adresse suivante : dpo.rgpd@mutuelle-mmc.com.

Les données à caractère personnel concernant l'adhérent et l'assuré sont utilisées par la Mutuelle, ses mandataires, ses assureurs et réassureurs, dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements contentieux,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT),
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- d'un démarchage en prospection commerciale par la Mutuelle assureur, l'une de ses filiales ou l'un de ses partenaires.

Si l'adhérent ne souhaite pas être sollicité, il lui suffit de le faire savoir par simple courrier à l'adresse du siège social de la Mutuelle assureur.

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et suivants du Code de la Consommation, l'adhérent a la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, en adressant un courrier à la société OPOSETEL (service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret 10000 TROYES) ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Les données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales). En cas de réclamation, l'adhérent peut choisir de saisir la CNIL.

Article 24 – Réclamation - Médiation

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

La réclamation doit être adressée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter du paiement ou de la notification du refus de paiement ou toute autre action entraînant la contestation :

- par courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Médico-Chirurgicale - Service Réclamations - 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex.
- par courriel à l'adresse suivante : reclamation@mutuelle-mmc.com

La Mutuelle dispose de dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception à l'adhérent, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'adhérent dans ce délai. A défaut de pouvoir apporter une réponse dans le délai précité, la Mutuelle dispose de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation pour faire parvenir une réponse à l'adhérent.

Si au terme du traitement d'une réclamation, la réponse apportée par la Mutuelle n'est pas satisfaisante, et en l'absence de saisine des tribunaux, le Médiateur de la CNPM (Chambre Nationale des Praticiens de la Médiation) peut être saisi soit :

- par courrier adressé à la CNPM – MEDIATION – CONSOMMATION – 27 avenue de la Libération – 42400 SAINT-CHAMOND
- par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.cnpmmmediation-consommation.eu>

La procédure de médiation se déroule conformément aux dispositions du Code de la Consommation et du règlement de la médiation de la CNPM.

Article 25 – Autorité de contrôle

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