



REGLEMENT MUTUALISTE
Contrat surcomplémentaire ACS

Certifié conforme à l'original,
Pour le Président,
Le Directeur,

F. SAVELLI

Chapitre 1 : OBJET ET ÉTENDUE DES GARANTIES

Définitions

ASSURÉ : Toute personne physique, ayant la qualité de Membre Participant, en conformité avec les statuts de la Mutuelle, dont le domicile est situé en France métropolitaine.

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 21 ans et vivant sous le même toit que lui,
- Les ascendants et descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit que lui.

BÉNÉFICIAIRE : La personne qui percevra la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du risque garanti par le présent règlement, à savoir le Membre Participant et/ou ses Ayants-Droit éventuels.

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.

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, et venant en complément de garanties « Proxime Santé ACS » souscrites préalablement.

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.

MUTUELLE : La Mutuelle désigne la Mutuelle Générale de la Corse (MGCORSE) soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 317 255 230 et dont le siège social se situe Avenue du Marechal Sebastiani à BASTIA (20200).

Article 1 Objet

Le présent Règlement mutualiste a pour objet de définir, conformément à l'article « Règlements Mutualistes » des statuts de la Mutuelle, le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations auxquelles il peut prétendre lui ou ses Ayants-Droit, dans le cadre d'une assurance surcomplémentaire santé.

Assurées par la Mutuelle, ces garanties ont pour objet principal d'améliorer le niveau des garanties du régime complémentaire socle d'assurance maladie et constituent un régime surcomplémentaire facultatif de frais de soins de santé.

Le présent règlement peut être souscrit en surcomplément du contrat socle « **Proxime Santé ACS** » assuré par l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle dite « *UNMI* » ou bien en surcomplément du **contrat de sortie ACS « Proxime »**.

Le contrat de sortie ACS « Proxime » est obligatoirement et systématiquement présenté à l'adhérent qui au moment de la perte de ses droits à l'ACS peut bénéficier pendant un an supplémentaire des mêmes garanties pour lui et ses ayants-Droit, sans avoir à supporter d'augmentation du montant de ses cotisations.

Le présent Règlement a été établi, adopté et modifié par l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Il s'impose à tout Membre Participant de la Mutuelle ayant signé le Bulletin d'Adhésion à la garantie visée ci-après à titre individuel et est opposable à ses Ayants-Droit.

Article 2 Intervenants au contrat

La Mutuelle est régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 317 255 230 et son siège social se situe Avenue du Marechal Sebastiani à BASTIA (20200).

Peuvent adhérer au présent Règlement les personnes physiques qui deviennent alors Membres Participants de la Mutuelle. Dans le cas où ces Membres Participants auraient déjà étendu le bénéfice des garanties du contrat socle ACS ou du contrat de sortie ACS « Proxime » à des Ayants-Droit, ceux-ci bénéficieraient automatiquement des garanties offertes dans le cadre du présent règlement.

Ils sont désignés sur le Bulletin d'Adhésion ou de changement de situation.

Article 3 Risques garantis

Les garanties souscrites ont pour objet le remboursement surcomplémentaire de frais d'hospitalisation, de soins dentaires, d'optique médicale ou de médecines alternatives conformément aux dispositions figurant dans le tableau de garanties présent en annexe du Règlement.

Chapitre 2 : CARACTÈRE RESPONSABLE DU CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE

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 et par l'UNMI dans le cadre du contrat socle « Proxime ACS Santé » ou du contrat de sortie ACS « Proxime » proposé par la Mutuelle suite à la perte de ses droits à l'ACS par le Membre Participant.

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 du Bénéficiaire, et en tout état de cause, avant toute cessation de l'assurance.

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 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.

Les garanties sont exprimées en forfait sous déduction des remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie et des prestations du contrat obligatoire d'assurance complémentaire santé souscrit auprès de l'UNMI ou de la Mutuelle, dans la limite des frais réels.

En cas de modification des règles et dispositions de l'Assurance Maladie, les éléments de remboursement des frais de santé et/ou des montants de cotisations pourront être réévalués.

Les forfaits sont dits « annuels » et sont valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sans proratisation pour les adhésions effectuées en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.

Article 7 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 dans le cadre du règlement surcomplémentaire :

- La prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 1111-15 du code de la santé publique ;
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Article 8 Plafonds de garanties

Les forfaits de remboursement sont fixés pour une année, sauf dispositions contraires mentionnées dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent Règlement, et dans la limite des frais réels engagés.

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 du bénéficiaire 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, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Chapitre 3 : DÉCLARATION DU MEMBRE PARTICIPANT

Article 9 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 a 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 de facto la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

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).

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

Article 10 Conditions d'adhésion

Seules peuvent adhérer au contrat :

- Les personnes bénéficiant par ailleurs des garanties offertes par le contrat « **Proxime Santé ACS** » assuré par l'UNMI,
- Les personnes bénéficiant par ailleurs des garanties offertes par un contrat de **sortie ACS** « **Proxime** ».

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. Ce dernier acquiert immédiatement la qualité de Membre Participant, mais son adhésion et celle de ses Ayants-Droit, ne produira d'effet qu'après paiement de tout ou partie de la cotisation annuelle.

Article 11 Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception du dossier d'adhésion rempli, signé et complété des pièces justificatives listées ci-dessous.

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,
- La copie de la pièce d'identité du Membre Participant, à jour au moment de l'adhésion,
- Le cas échéant, la copie de la pièce d'identité 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,
- Les pièces du régime obligatoire permettant d'identifier les Bénéficiaires,
- Un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- Un relevé d'identité bancaire pour les prestations,
- Un relevé d'identité bancaire pour chaque Bénéficiaire mineur de plus de 16 ans qui souhaite percevoir directement le versement des prestations,
- Un mandat SEPA.

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 une année. Cette durée peut, par dérogation, ne durer que quelques mois lorsque les droits au bénéfice de l'ACS du Membre Participant ne seraient pas reconduits.

L'Adhésion ne peut être renouvelée par tacite reconduction qu'à la condition que le Membre Participant bénéficie et justifie toujours par ailleurs de ses droits au bénéfice de l'ACS, ainsi que d'un contrat complémentaire d'assurance maladie ou de sortie ACS « Proxime ».

Article 12 Choix du niveau de Garantie

Le niveau de garantie choisi par le Membre Participant doit être identique à celui d'ores et déjà sélectionné dans le contrat de complémentaire santé socle « Proxime Santé » ACS ou bien dans le contrat de sortie ACS « Proxime ».

Tout changement de niveau de garantie du contrat de complémentaire socle « Proxime Santé » ACS ou contrat de sortie ACS « Proxime », s'appliquera automatiquement sur le niveau de garantie du contrat de surcomplémentaire santé. Ce changement de niveau de garantie ne peut intervenir qu'une fois par an, à la date d'anniversaire du contrat, et sous réserve du renouvellement des droits ACS du Membre Participant.

L'ensemble des Bénéficiaires d'un même contrat doit avoir le même niveau de garantie.

Article 13 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'événement. Cette communication doit comporter le numéro d'Adhérent à la surcomplémentaire ainsi que toute pièce justificative jugée utile. A défaut, le paiement des prestations pourra être retardé voire interrompu.

Article 14 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. La reprise de l'adhésion a lieu à la date de la reprise du paiement des cotisations qui doit intervenir dans les 60 jours après rétablissement dans les droits administratifs du régime de base.

Article 15 Démission

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du Membre Participant dans les conditions prévues à l'article « Résiliation » ou en cas de survenance d'un des événements suivants : changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, ou de situation professionnelle dans les conditions prévues à l'article L 221-17 du Code de la Mutualité.

Article 16 Résiliation

L'Adhésion peut être résiliée à tout moment de l'année et sous réserve de l'ouverture des droits du Membre Participant au bénéfice de l'ACS. La perte des droits à l'ACS entrainera *de facto* la résiliation de l'Adhésion, ou bien le transfert du Membre Participant du contrat socle Proxime Santé ACS vers un contrat de sortie ACS « Proxime ».

Ainsi, sous réserve du maintien des droits au bénéfice de l'ACS, l'Adhésion sera à l'expiration de cette période, reconduite de plein droit par tacite reconduction sauf résiliation annuelle à la demande du Membre Participant, en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée à la date de souscription du contrat.

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.

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.

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.

La cessation de l'adhésion du Membre Participant entraîne automatiquement la cessation de l'adhésion 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.

Article 17 Faculté de renonciation

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.

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'un papier libre dénué de toute ambiguïté ou bien par lettre rédigée selon le modèle figurant à l'article ci-dessous.

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. Je peux mettre en œuvre ce droit par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté ou bien par lettre rédigée selon le modèle figurant ci-dessous.

Afin d'exercer ce droit de renonciation, l'Adhérent doit adresser sa demande à l'adresse suivante : MGCORSE – 8 Av. Mal Sebastiani -BP277- 20296 BASTIA Cedex.

Dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage, il est recommandé d'utiliser le modèle de lettre suivant.

« Je soussigné(e) (Nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion à la garantie « **nom du contrat** » à laquelle j'ai adhéré le (préciser la date) et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle.
Date et Signature »

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. **Sa faculté de rétractation ne peut être exercée que par l'envoi du bordereau détachable figurant sur le Bulletin d'Adhésion.**

Chapitre 5 : COTISATIONS

Article 18 Frais de dossier – droit d'entrée

Des frais de dossiers pourront être demandés à toute adhésion ou réinscription de l'Adhérent et payables entièrement avec la première cotisation.

Article 19 Montant de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction de l'option souscrite, et de l'âge de chaque Bénéficiaire. Le calcul de l'âge du Bénéficiaire s'effectue par différence de millésimes entre celui de l'année civile à garantir et celui de l'année de naissance.

La cotisation de l'enfant est gratuite à partir du 3^{ème} enfant de moins de 21 ans.

Le barème des cotisations figure sous forme de tableau en annexe du présent règlement.

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.

Le changement de cotisations doit être notifié au Membre Participant avant sa date de prise d'effet et dans les conditions fixées à l'article L 221-10-1 du Code de la mutualité.

En cas de désaccord, le Membre Participant doit en aviser la Mutuelle dans les conditions fixées à l'article 221-10-1 du Code de la mutualité. A défaut d'accomplissement de cette formalité par le Membre Participant, celui-ci est réputé avoir accepté le changement.

Le Conseil d'Administration peut décider de la révision des cotisations.

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.

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.

En cas de fractionnement par mois le prélèvement automatique est obligatoire.

Les incidents bancaires (chèques ou prélèvement rejetés) entraînent automatiquement la refacturation par la banque de frais de rappel fixés à 4 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 : PRESTATIONS

Article 23 Période d'attente

Un délai d'attente de 2 mois sera appliqué pour les garanties suivantes :

- Optique médicale,
- Prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie,
- Chambres particulières,
- Médecine alternative et prévention non remboursés par le régime obligatoire.

Les périodes d'attente sont supprimées pour toute adhésion simultanée au contrat Proxime Santé ACS et au contrat surcomplémentaire ACS.

Les nouveaux Ayants-Droit inscrits dans les 3 mois suivants le mariage, le concubinage, la naissance ou à l'adoption.

Article 24 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 du Bénéficiaire et en tout état de cause, avant toute cessation de l'assurance.

Les conditions d'ouverture des droits à prestations sont appréciées à la date des soins.

Article 25 Demande de prestations

Les demandes de prestations ne pourront être honorées que si elles sont accompagnées 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'ajouter 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.

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 du ou des bénéficiaires de la prestation. 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 26 Mode de Paiement des prestations

Le règlement des prestations dues dans le cadre de la garantie souscrite s'effectue dans un délai de 5 jours suivant la réception du dossier complet générateur de la mise en règlement, par virement bancaire ou postal sur le ou les comptes désignés par le Membre Participant.

Article 27 Conditions particulières à certaines prestations

ACTES DE SOINS NON CONVENTIONNELS

La Mutuelle peut rembourser les actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, acupuncteur, shiatsu, homéopathe, naturopathe, psychologue, relaxologue, kinésologue, réflexologue, hypno thérapeute, sophrologue et iridologue sur présentation d'une 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 ou le numéro ADELI (ARS), les coordonnées de la police d'assurance RC professionnelle, dans la limite du plafond annuel par Bénéficiaire prévu à la garantie applicable.

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.

CHAMBRE PARTICULIERE ET FORFAIT JOURNALIER

Pour 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.

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

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un bénéficiaire au-delà de 50 kilomètres du domicile principal et pour 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 au tableau des prestations fournis en fin de règlement.

Par dérogation à cette règle, 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.

SOINS DENTAIRES

Le forfait dentaire ne s'applique qu'aux actes de type parodontie, implants orthodontie, prophylaxie, et occlusodontie non remboursés par la sécurité sociale.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer tout justificatif lui 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 son chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

OPTIQUE MEDICALE

Le forfait d'optique médicale concerne les lentilles médicalement prescrites.

Les suppléments « équipement optique » viennent en complément du tarif de responsabilité de la sécurité sociale.

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

Pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la sécurité sociale, une prescription médicale doit également être communiquée à la Mutuelle.

Article 28 Prestations indues

En cas de prestations indûment versées à un Membre Participant ou à un Ayant-Droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par le Membre Participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au Membre Participant le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le Bénéficiaire à ce remboursement.

Chapitre 7 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 29 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 30 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 31 Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. Si l'adhérent est en outre couvert par un contrat d'assurance accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par l'assurance.

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.

Article 32 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 34 et 35 du présent règlement, et ce à compter du règlement ou de la décision de refus de paiement, soit :

- Par écrit : MGCORSE – 8 Av.Mal Sebastiani -BP277- 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.mgcorse.fr/>.

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, elle dispose d'un délai de deux mois pour répondre de manière claire et compréhensible à la réclamation envoyée par le Membre Participant.

Article 33 Médiation

La Mutuelle assure à tout adhérent un recours effectif à un dispositif de médiation de la consommation et accepte 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, le Membre Participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

L'ensemble des informations relatives au dispositif de médiation figurent sur le site de la Mutuelle sur la page <http://www.mgcorse.fr/mediation-mgcorse>. Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi par voie électronique ou postale :

- Par mail à mediation@mutualite.fr
- Par courrier à Monsieur le Médiateur - 255, rue Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15.

Le médiateur peut être saisi soit par le Membre Participant, soit par la Mutuelle après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à cet organisme mutualiste, et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée.

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 34 Délai de forclusion

Dans tous les cas, les demandes de prestations doivent être adressées à la Mutuelle dans un délai de 2 ans qui suit la date de sortie du séjour concerné par l'indemnisation.

Article 35 Délai de prescription

Dans tous les cas, les demandes de prestations doivent être adressées à la Mutuelle dans un délai de deux ans qui suit le remboursement du régime obligatoire ou la date d'émission de factures.

De manière générale, toute action relative au présent règlement sont prescrites dans les conditions prévues aux articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la Mutualité :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte intentionnelle sur le risque, le délai ne court que du jour où la Mutuelle en a connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance.
- Lorsque l'action a pour cause le recours d'un tiers, le délai 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 la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Les causes ordinaires d'interruptions de la prescription régies par les articles 2240 et suivant du Code civil sont détaillées ci-après :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 36 Autorité de contrôle

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 – www.acpr.banque-france.fr.

Article 37 Loi applicable au Règlement

Lorsque le risque est situé hors de France, la loi applicable est la loi Française.

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 38 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 39 Informatique et libertés

Les informations nominatives concernant le Membre Participant ainsi que ses Ayants-Droit recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement automatisé dont la finalité est de :

- Gérer le Contrat et les Affiliations des Membres participants et de leurs Ayants-Droit,
- Interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle,
- Leur proposer des garanties complémentaires à titre individuel.

Les données sont exclusivement communiquées à la Mutuelle Générale de la Corse (MGCORSE) soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 317 255 230 et dont le siège social se situe Avenue du Marechal Sebastiani à BASTIA (20200) ; et le cas échéant, à leurs mandataires, leurs réassureurs, leurs partenaires ou aux organismes professionnels concernés par le présent règlement.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dans sa dernière version modifiée, le Membre Participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander la communication ou la rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'opposition, d'accès et de rectification en adressant une demande par lettre simple à : MGCORSE – Avenue du Maréchal Sebastiani – BASTIA (20200).

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre participant ou, le cas échéant, aux Ayants-Droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

En nous communiquant l'adresse électronique et les coordonnées (adresse postale, téléphone fixe et mobile), le Membre Participant accepte que les informations relatives à l'exécution de son adhésion soient transmises à cette adresse. Le Membre Participant peut à tout moment, par écrit, demander à la Mutuelle de cesser ce mode de communication. En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, le Membre Participant doit avertir la Mutuelle dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Conformément à l'alinéa 3 de l'article L 121-34 du Code de la Consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Membres participants ou de leurs ayants droits des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Tableau des prestations de la Garantie ESSENTIEL renfort

MEDECINES ALTERNATIVES Actes de soins non-conventionnels ⁽¹⁾ dans la limite de	30 €/actes, 2 x par an ⁽²⁾
HOSPITALISATIONS MEDICALES /CHIRURGICALES - Chambre particulière	15 €/jour Limité à 30 jours en établissements spécialisés
- Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans et au-delà de 50 km du domicile principal pour tout autre bénéficiaire	10 €/jour pendant 30 jours par an

Tableau des prestations de la Garantie PLUS renfort

MEDECINES ALTERNATIVES Actes de soins non-conventionnels ⁽¹⁾ dans la limite de	30 €/actes, 3 x par an ⁽²⁾
HOSPITALISATIONS MEDICALES /CHIRURGICALES - Chambre particulière	25 €/jour Limité à 45 jours en établissements spécialisés
- Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans et au-delà de 50 km du domicile principal pour tout autre bénéficiaire	20 €/jour pendant 30 jours par an
SOINS DENTAIRES Parodontie, implants, orthodontie, prophylaxie et occlusodontie non remboursés par la Sécurité sociale	200 € par an
OPTIQUE MEDICALE Forfait lentilles	60 € par an

Tableau des prestations de la Garantie CONFORT renfort

MEDECINES ALTERNATIVES Actes de soins non-conventionnels ⁽¹⁾ dans la limite de	30 €/actes, 5 x par an ⁽²⁾
HOSPITALISATIONS MEDICALES /CHIRURGICALES - Chambre particulière	45 €/jour Limité à 60 jours en établissements spécialisés
- Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans et au-delà de 50 km du domicile principal pour tout autre bénéficiaire	30 €/jour pendant 30 jours par an
SOINS DENTAIRES Parodontie, implants, orthodontie, prophylaxie et occlusodontie non remboursés par la Sécurité sociale	300 € par an
OPTIQUE MEDICALE Forfait lentilles	80 € par an

(1) Voir conditions à l'Art. 27 du présent RM (2) Par bénéficiaire

COTISATIONS MENSUELLES

	ESSENTIEL RENFORT	PLUS RENFORT	CONFORT RENFORT
Enfant (moins de 16 ans)	1,11 €	3,51 €	5,11 €
Adulte	2,79 €	8,78 €	12,51 €