



Règlement Mutualiste 2017 Des agents territoriaux « labellisé »

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

F. SAVELLI

REGLEMENT MUTUALISTE DES AGENTS TERRITORIAUX

Opérations individuelles

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 **Objet**

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle générale de la Corse (MGCorse), mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 255 230, dont le siège social se situe Avenue du Marechal Sebastiani, 20200, BASTIA ci-après dénommée la Mutuelle, 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.

Article 2 **Risques garantis**

Les garanties souscrites ont pour objet :

- Le remboursement total ou partiel de frais médicaux ou chirurgicaux liés à l'état physique ou pathologique en complément du régime de base et dans la limite des dépenses engagées,
- La participation à des prestations particulières selon l'option retenue au bulletin d'adhésion telles que :
 - Assistance à Domicile MGCorse assistance assurée par Filassistance International (*article 22 du présent règlement mutualiste*).
 - Protection juridique « Préjudis Santé » assurée par Assistance Protection Juridique (*article 22 du présent règlement mutualiste*).

Article 3 **Conformité des garanties à la définition de contrat solidaire et responsable**

Les garanties figurent sous un tableau récapitulatif en fin du présent règlement mutualiste.

Les garanties répondent au cahier des charges de contrats solidaires et responsables, à ce titre :

- Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit;
- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

Article 4 **Bénéficiaires des prestations**

Les bénéficiaires des contrats labellisés sont les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités et leurs ayant-droits désignés sur le bulletin d'adhésion.

Article 5 **Adhésion**

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du présent règlement qui auront été préalablement remis par la Mutuelle.

Le signataire du bulletin acquiert la qualité de membre participant, mais l'adhésion ne produira ses effets, qu'après paiement de tout ou partie de la cotisation.

Article 6 **Date d'effet et durée de l'adhésion**

L'adhésion prend effet :

Au 1er jour du mois en cours pour les adhésions reçues avant le 11.

Au 1er jour du mois suivant pour les adhésions reçues après le 10.

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 radiation notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avant le 31 octobre. Cette radiation prend effet au 1er janvier de l'année suivante.

Article 7 **Période d'attente**

A partir de la date d'effet de l'adhésion, la Mutuelle garantit une prise en charge immédiate du Ticket Modérateur et du Forfait Journalier Hospitalier.

Pour les garanties dont le montant excède la base de remboursement de la Sécurité Sociale ou le tarif de responsabilité, le droit aux prestations est ouvert après un délai d'attente d'un mois pour la fraction des prestations qui excède le ticket modérateur.

Un délai d'attente supplémentaire 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.

Ce délai supplémentaire ne peut faire l'objet d'aucune suppression promotionnelle.

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 8 **Frais de dossier – droit d'entrée**

Des frais de dossiers pourront être demandés à toute adhésion ou réinscription du chef de famille et payables entièrement avec la première cotisation.

Article 9 **Choix de la Garantie**

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

Les changements de garantie ne peuvent s'effectuer qu'une fois par an au 1er janvier à la demande du membre participant sous réserve d'un préavis de 10 jours.

Article 10 **Changement de situation**

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, devra être notifié par écrit dans le mois suivant l'événement.

Article 11 **Suspension**

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 12 **Démission**

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. Lorsqu'un adhérent bénéficiant d'un contrat labellisé souhaite résilier sa garantie, la mutuelle lui remet un justificatif d'adhésion comportant le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation. Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de majoration, la mutuelle lui adresse une attestation de non majoration.

Article 13 **Droits aux prestations**

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

Ne peuvent donner lieu à prestations que les consultations, soins et dépenses de santé soumis aux garanties, survenus postérieurement à la date d'effet donnée à l'adhésion.

Article 14 **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, 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.

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 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 15 **Bases des remboursements du tableau des prestations**

Lorsqu'elles sont exprimées en pourcentage les prestations sont calculées sur la base des tarifs conventionnels ou de responsabilité de la Sécurité Sociale et en tenant compte des remboursements du régime obligatoire du bénéficiaire.

Des prestations supplémentaires peuvent être allouées.

Les compléments ou forfaits ainsi versés varient selon la garantie souscrite.

Le total des prestations versées par la Mutuelle et le régime obligatoire ne peut excéder le montant des frais engagés par l'adhérent. Les actes non remboursés par le régime obligatoire car ne donnant pas lieu à indemnisation ou ayant donné lieu à un refus notifié au bénéficiaire, ne sont pris en charge que s'ils sont explicitement mentionnés dans le descriptif des prestations.

Article 16 **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 17 Le Tiers payant

Le membre participant ou ses ayants droit bénéficient des avantages liés à la pratique du tiers payant dans le cadre des conventions signées entre la mutuelle et les professionnels ou établissements de santé.

Dans ce cas, la mutuelle se charge du paiement direct des frais dans la limite des prestations imputables à l'assurance maladie complémentaire.

Toute prestation indûment réglée fera l'objet d'une demande de remboursement auprès de l'adhérent concerné. A défaut de régularisation, la mutuelle se réserve le droit d'engager à son encontre une procédure contentieuse de recouvrement.

ENTENTE DIRECTE : La prise en charge directe par la Mutuelle des différentes prestations définies pourra intervenir auprès de tous les praticiens ou établissements de soins conventionnés.

Article 18 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 19 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 20 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'ACP et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé 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 21 Secours exceptionnels

Des prestations exceptionnelles ou des gratuités de cotisations peuvent être accordées aux membres participants et à leur famille, en complément des prestations prévues selon la garantie souscrite, dans la limite d'un budget annuel voté et selon des modalités fixées par le Conseil d'Administration.

Article 22 Conditions particulières à certaines prestations

PLAFONDS ET LIMITES

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

Les plafonds « Fidélité » s'apprécient en année civile complète d'adhésion à la mutuelle. Ils se substituent aux plafonds standards au-delà de 2 ans d'ancienneté à la mutuelle

MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

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

CHAMBRE PARTICULIERE ET FORFAIT JOURNALIER

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.

Les hébergements en appartements thérapeutiques sont assimilés à des hospitalisations et donnent droit au paiement du forfait journalier.

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 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 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.

HOSPITALISATIONS MEDICALES et CHIRURGICALES

Concernent les soins de courte durée ou les affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

Les hébergements dans les établissements de rééducation et de convalescence lorsque les soins et séjours sont pris en charge à 100% par le Régime Obligatoire sont assimilés à des hospitalisations médicales et chirurgicales.

ETABLISSEMENTS SPECIALISES

Hormis les cas précités, 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, hôpitaux psychiatriques, établissements de chirurgie esthétique, cliniques diététiques, colonies sanitaires, préventorijs, les services de moyen séjour...

Les prestations liées à un séjour en établissement spécialisé ne sont remboursables que si les soins sont pris en compte par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle ne rembourse pas les dépenses de chambre particulière, mais les forfaits hospitaliers dans la limite annuelle figurant au tableau des prestations en annexe.

SOINS DENTAIRES

Le plafond annuel dentaire ne s'applique pas aux soins dentaires courants et aux actes inlay-onlay 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.

OPTIQUE MEDICALE

Les remboursements d'optique médicale concernent les verres, montures, lentilles acceptées ou refusées médicalement prescrits.

Les suppléments équipement optique viennent en 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 an dans la limite du plafond annuel prévu à la Garantie.

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.

ASSISTANCE A DOMICILE MGCORSE ASSISTANCE

Selon l'option de garanties retenue, 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.

PROTECTION JURIDIQUE « PREJUDIS SANTE »

Selon l'option de garanties retenue, les membres participants bénéficient, pour eux et leurs Ayants-droit, de la garantie « *Protection Juridique* ».

Cette garantie est assurée par la société **ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE**, Société Anonyme à conseil d'administration, immatriculée sous le n° SIREN 334 656 386 et dont le siège social se situe au 1 rue Galilée (Le Neptune), NOISY LE GRAND (93160)

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 « *Protection Juridique* », ses modalités de mise en œuvre, sont définies dans la notice d'information remise au souscripteur préalablement à son inscription.

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, 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.

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 23 Réclamations

Toute réclamation portant sur des prestations réglées ou refusées devra parvenir à la Mutuelle dans un délai de six mois à compter du règlement ou de la décision de refus de paiement.

Article 24 Délai de prescription et forclusion

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, toutes actions relatives au présent contrat sont prescrites dans les conditions prévues au Code de la Mutualité (article 221-11 et 221-12).

Article 25 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 26 Montant de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie souscrite, de la qualité d'adhérent ou d'ayant droit de chaque bénéficiaire, de la durée d'appartenance à la Mutuelle et de l'âge lors de la période à garantir. 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.

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 est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du présent décret, intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci. 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 1er. Les périodes antérieures à la date de publication du présent décret ne font pas l'objet de majoration.

Article 27 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.

Article 28 Paiement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle. Elle peut être réglée au 1er janvier ou par échéances trimestrielles ou mensuelles sans aucune majoration.

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

Article 29 Défaut de paiement des cotisations

En application de l'article L.221-7 du code de la Mutualité, à défaut de paiement de cotisation, ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle peut mettre en demeure l'adhérent d'avoir à régulariser sa situation. La garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure adressée au membre participant, l'informant des conséquences en cas de non paiement dans ce délai.

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.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévus à l'alinéa précédent.

Les chèques impayés et les prélèvements rejetés entraînent l'application de frais de rappel fixés à 4 € auxquels pourront s'ajouter des frais de poursuites.

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.

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.

Article 30 Loi applicable

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 31 Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout à PARIS 9^{ème}.

**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 (ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, psychologue, ...)	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 TOUT ACTE OU FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE : FACTURE ORIGINALE ACQUITTÉE ET DÉTAILLÉE	

Prestations MGCorse 2017 exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluant la participation du régime d'assurance maladie obligatoire		CHROME	VERMEIL	OR	PLATINE
Soins Courants					
1	Consultations, Visites, actes d'imagerie & échographie médicale ⁽¹⁾	100%	100%	100%	CAS : 200% ou 180%
2	Analyses, Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%
3	Médicaments à SMR important, petit appareillage et transports	100%	100%	100%	100%
4	Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30%	95%	100%	100%
5	Médicaments à Service Médical Rendu faible	15%	95%	100%	100%
6	Vaccins prescrits hors S.S. dans la limite annuelle de	60 €	80 €	100 €	120 €
7	Forfait de 18 € sur actes techniques médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120 €	100%	100%	100%	100%
Hospitalisations médicales et chirurgicales					
8	Honoraires ⁽¹⁾⁽²⁾	100%	100%	CAS : 120% ou 100%	CAS : 200% ou 180%
9	Frais de séjour, salle d'opération	100%	100%	100%	100%
10	Forfait journalier (y compris en établissements spécialisés)	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
11	Chambre Particulière limitée à 90 jours/an ⁽³⁾	15 €	30 €	35 €	50 €
12	Chambre Particulière sans nuitée (ambulatoire)	-	10 €	10 €	20 €
13	Frais d'accompagnant (90 jours/an) pour les enfants de moins de 16 ans et au delà de 50kms du domicile principal pour tout autre bénéficiaire.	10 €	20 €	25 €	40 €
Etablissements spécialisés					
14	Soins et transport cures thermales	65 à 70%	95%	100%	100%
15	Forfait annuel cure thermique	-	-	-	200 €
Appareillages et Prothèses					
16	Prothèses auditives remboursées par la S.S.	100%	100%	100%	100%
17	Supplément Prothèses remboursées S.S. par oreille et par an ⁽⁴⁾	-	150 €	300 €	500 €
18	Autres prothèses, Grand Appareillage ⁽⁵⁾	100%	125%	150%	175%
19	Dépassement sur prothèse suite à chirurgie réparatrice	80 €	100 €	120 €	180 €
20	Prothèses capillaire ou mammaire externe prescrites (forfait annuel)	80 €	100 €	120 €	180 €
Soins Dentaires					
21	Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
22	Actes Inlay-Onlay	100%	100%	125%	150%
23	Prothèses amovibles et orthodontie acceptées	100%	170%	230%	320%
24	Inlay core	100%	125%	150%	160%
25	Autres prothèses dentaires	100%	150%	210%	280%
26	Parodontie, implants, orthodontie, prophylaxie et occlusodontie non remboursés SS	-	150 €	300 €	600 €
	<i>Plafond de remboursement annuel sur 23 à 26, au delà remboursement dans la limite du TM</i>	-	350 €	600 €	900 €
	<i>Plafond fidélité après 2 ans d'ancienneté à la mutuelle</i>	-	550 €	900 €	1 350 €

Prestations MGCorse 2017		CHROME	VERMEIL	OR	PLATINE
Exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluant la participation du régime d'assurance maladie obligatoire					
Optique médicale		En application des nouvelles dispositions réglementaires applicables aux contrats responsables, la participation est limitée à un équipement (2 verres + monture) tous les 2 ans, ramenées à 1 an pour les mineurs ou en cas et d'évolution justifiée de la vue. Ces périodes s'apprécient à partir de la date d'acquisition de l'équipement précédent ou du 1^{er} élément de ce dernier.			
27	Optique médicale remboursée par la S.S.	100%	100%	100%	100%
28	Supplément par monture (mineur / majeur)	40€/40€	40€/40€	60€/80€	70€/100€
29	Supplément par verre simple (mineur / majeur)	30€/30€	30€/30€	55€/65€	70€/100€
30	Supplément par verre complexe (mineur / majeur)	80€/80€	80€/80€	100€/100€	140€/160€
31	Supplément par verre très complexe (mineur / majeur)	100€/100€	100€/100€	130€/130€	180€/210€
32	Supplément lentilles remboursées par la S.S. / an	-	100 €	150 €	200 €
33	Lentilles refusées par la S.S. / an	-	-	100 €	160 €
34	Chirurgie réfractive (Non remboursé S.S.) par œil ⁽⁶⁾	-	-	-	160 €
Prévention Contrat Responsable					
35	Tous les actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100%	100%	100%	100%
Médecine alternative et Prévention hors Sécurité Sociale					
36	Actes de soins non conventionnels ⁽⁷⁾ dans la limite unitaire de	15 €	20 €	30 €	40 €
37	Sevrages Tabagiques ⁽⁸⁾	30 €	30 €	35 €	50 €
38	Participation sur licence sportive ⁽⁹⁾ / an	20 €	30 €	30 €	50 €
39	Amniocentèse	50 €	50 €	75 €	100 €
40	Densitométrie osseuse après 50 ans si refus S.S.	30 €	40 €	50 €	60 €
	<i>Plafond de remboursement annuel sur 36 à 40</i>	80 €	100 €	120 €	170 €
	<i>Plafond fidélité après 2 ans d'ancienneté à la mutuelle</i>	100 €	130 €	175 €	250 €
Allocations et services divers					
41	Secours de la Commission de Solidarité	Oui	Oui	Oui	Oui
42	Assistance à domicile « MGCorse Assistance »	Oui	Oui	Oui	Oui
43	Assistance Juridique Santé « Préjudis Santé »	Oui	Oui	Oui	Oui
44	Abonnement gratuit au trimestriel Le Mutualiste	Oui	Oui	Oui	Oui
45	Priorité Santé Mutualiste de la FNMF ⁽¹⁰⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

Légende du tableau

⁽¹⁾ Les dépassements tarifaires pratiqués, par des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'accès aux soins (CAS) ou, hors parcours de soins coordonnés, subissent les plafonds et minoration prévus aux articles L.871-1, R871-1, R871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur. Ainsi le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé le CAS sera minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

⁽²⁾ Actes de Chirurgie (ADC), d'Anesthésie (ADA), d'Obstétrique (ADO), d'Echographie (ACO) et Actes Techniques Médicaux (ATM). ⁽³⁾ Sauf établissements spécialisés définis à l'art.22 du RM et hors frais de télévision.

⁽⁴⁾ Hors entretien et réparation. ⁽⁵⁾ Prothèses oculaires et faciales, véhicules pour handicapés. ⁽⁶⁾ Chirurgie au laser ou lentilles intra-oculaires. ⁽⁷⁾ **Actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, acupuncteur, shiatsu, homéopathe, naturopathe, psychologue, relaxologue, kinésologue, réflexologue, hypno thérapeute, sophrologue et iridologue** pratiqués par des professionnels diplômés d'Etat ou inscrits auprès d'une association professionnelle reconnue et assurés en responsabilité civile professionnelle. 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. ⁽⁸⁾ Substituts nicotiques (patches, gommes à mâcher...) ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale. ⁽⁹⁾ Uniquement pour les licences délivrées par une fédération sportive agréée par le gouvernement.. ⁽¹⁰⁾ Service d'aide, de soutien et d'orientation des mutualistes.

Mutuelle Générale de la Corse (MGCorse), mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité. SIREN 317 255 230
Siège social : 8-10 avenue Maréchal SEBASTIANI – BP277 - 20296 BASTIA Cedex

Ref : *RM_Territoriaux_201707*

