

**DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION
CIVILE (DGAC) / MGAS**

**CONTRAT COLLECTIF
SURCOMPLÉMENTAIRE À ADHÉSION
FACULTATIVE**

**FRAIS DE SANTÉ
GARANTIES OPTIONNELLES**

CONDITIONS GÉNÉRALES

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

PRÉAMBULE	4
CHAPITRE I.	DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF4
Article 1.	Nature et objet du Contrat4
Article 2.	Prise d'effet, durée et renouvellement du Contrat4
Article 3.	Engagements à droit constant et modification du Contrat5
Article 4.	Résiliation du Contrat5
a.	Résiliation par la Mutuelle.....5
b.	Résiliation par le Souscripteur5
c.	Effets de la résiliation6
Article 5.	Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi6
Article 6.	Obligations des parties6
a.	Obligations de la Mutuelle6
b.	Obligations du Souscripteur7
Article 7.	Territorialité du Contrat7
Article 8.	Définitions7
Article 9.	Respect des documents et pièces de la consultation8
CHAPITRE II.	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF9
Article 10.	Droit d'adhésion9
Article 11.	Conditions et modalités d'adhésion9
a.	Adhésion au Contrat.....9
b.	Choix de l'option9
c.	Qualité de membre participant10
Article 12.	Prise d'effet de l'adhésion et des garanties10
Article 13.	Renonciation à l'adhésion individuelle10
Article 14.	Résiliation de l'adhésion individuelle10
CHAPITRE III.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTE12
Article 15.	Objet et nature des garanties12
Article 16.	Définition des garanties12
Article 17.	Dispositions relatives au contrat solidaire et responsable12
a.	Caractère solidaire et responsable.....12
b.	Précisions sur l'application du 100 % santé14
Article 18.	Dispositions relatives au tiers payant15
Article 19.	Limites de remboursement15
Article 20.	Prestations indument versées15
Article 21.	Terme des garanties16
Article 22.	Cessation des garanties16
Article 23.	Maintien des garanties16
a.	Maintien des garanties des agents bénéficiaires actifs16
b.	Rattachement des ayants droit17
c.	Rattachement des agents retraités..... Erreur ! Signet non défini.
d.	Portabilité des garanties pour les agents non retraités.....17
Article 24.	Exclusions générales et particulières18
CHAPITRE IV.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS20
Article 25.	Taux, assiette et montant20
Article 26.	Modalités de paiement des cotisations20
Article 27.	Défaut de paiement des cotisations20
Article 28.	Révision des cotisations20
CHAPITRE V.	DISPOSITIONS RELATIVES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS22
Article 29.	Déclaration des sinistres22
Article 30.	Justificatifs et pièces à fournir22
Article 31.	Versement des prestations23

Article 32.	Contrôles médicaux.....	23
CHAPITRE VI.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS	
COMPLEMENTAIRES		25
Article 33.	Accompagnement social	25
Article 34.	Prévention.....	25
Article 35.	Réseau de soins Santéclair.....	25
Article 36.	Autres actions et prestations complémentaires.....	26
CHAPITRE VII.	DISPOSITIONS DIVERSES	27
Article 37.	Réticence ou fausse déclaration.....	27
Article 38.	Prescription	28
Article 39.	Réclamation	29
Article 40.	Médiation.....	30
Article 41.	Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties	31
Article 42.	Protection des données à caractère personnel	31
Article 43.	Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	32
Article 44.	Subrogation	32
Article 45.	Autorité de contrôle	32

PRÉAMBULE

Le Contrat se compose des parties suivantes :

- les Conditions Générales qui définissent notamment les obligations des Parties ainsi que les modalités d'application des garanties proposées,
- les Conditions Particulières qui comportent notamment la date d'effet du contrat, le calcul et le montant des cotisations, le niveau des garanties souscrites, les dérogations éventuelles aux Conditions Générales,
- leurs annexes et, le cas échéant, les avenants au Contrat.

En cas de discordance, les Conditions Particulières l'emportent sur les Conditions Générales.

En cas de discordance, les pièces et documents de consultation du marché public (y inclus l'acte d'engagement et ses annexes) l'emportent sur les Conditions Particulières et les Conditions Générales.

CHAPITRE I. DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF

Article 1. Nature et objet du Contrat

Le présent contrat est un contrat collectif santé à adhésion facultative (ci-après le « Contrat »).

Il a pour objet la mise en œuvre des garanties optionnelles frais de santé relatives à la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, en complément :

- des remboursements effectués par la Sécurité Sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie,
- du contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par le Souscripteur, distinct du présent Contrat et mettant en œuvre les garanties socle définies par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et transcrites dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Chaque contrat collectif dispose de ses propres Conditions Générales et Conditions Particulières.

Ces garanties sont mises en œuvre au bénéfice des agents actifs et assimilés du Souscripteur, et éventuellement à ses ayants droit, selon les modalités définies dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières.

Article 2. Prise d'effet, durée et renouvellement du Contrat

LE CONTRAT PREND EFFET A LA DATE FIXEE AUX CONDITIONS PARTICULIERES.

SAUF STIPULATION CONTRAIRE, IL PREND EFFET AU 1^{ER} JANVIER DE L'EXERCICE ET PREND FIN AU 31 DÉCEMBRE QUI SUIT. IL SE RENOUVELLE ENSUITE PAR TACITE RECONDUCTION ET DE FAÇON ANNUELLE, JUSQU'À DÉNONCIATION OU FIN D'ATTRIBUTION DU MARCHÉ.

LORSQU'IL ENTRE EN VIGUEUR DANS LE COURANT DE L'ANNÉE, LE PREMIER EXERCICE PREND FIN AU 31 DÉCEMBRE SUIVANT ET LE CONTRAT SE RENOUVELLE AU 1^{ER} JANVIER QUI SUIT, EN SORTE QUE LE DEUXIÈME EXERCICE D'ASSURANCE CORRESPOND À LA NOUVELLE ANNÉE CIVILE.

Article 3. Engagements à droit constant et modification du Contrat

Le présent Contrat mettant en œuvre des garanties complémentaires à des prestations accordées par les régimes légaux, toute modification de ceux-ci peut avoir des conséquences sur les termes des présentes. En pareil cas, la Mutuelle informera sans délai le Souscripteur afin de préciser les modifications à y apporter.

Toute modification du Contrat fera l'objet d'un avenant signé par les Parties, précisant sa portée et sa date de prise d'effet.

Cependant, en application de l'article L.221-5 du Code de la mutualité, les modifications visant à mettre le Contrat en conformité avec la réglementation applicable au contrat responsable et solidaire sont réputées acceptées, à défaut d'opposition par écrit du souscripteur dans les trente (30) jours à compter de la notification par la Mutuelle.

Le Souscripteur est tenu d'informer les bénéficiaires des modifications intervenues, dans les conditions prévues par les présentes et par l'article L.221-6 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, le Souscripteur est tenu d'informer chaque Membre Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout Membre Participant peut, dans le délai d'un (1) mois à compter de la remise de cette notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 4. Résiliation du Contrat

Le Contrat collectif peut être résilié par le Souscripteur ou par la Mutuelle, dans les conditions prévues ci-après.

En tout état de cause, la résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire mettant en œuvre les garanties socles entraîne automatiquement la résiliation du présent Contrat.

a. Résiliation par la Mutuelle

La Mutuelle peut résilier le Contrat en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies au chapitre IV des présentes Conditions Générales et aux Conditions Particulières.

b. Résiliation par le Souscripteur

Aux termes de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le Souscripteur peut également user d'un droit annuel de résiliation en respectant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance annuelle.

Il peut par ailleurs user de son droit de résiliation infra-annuelle, à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première année de souscription, conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité. La résiliation prend effet un (1) mois après que la mutuelle en a reçu notification.

En application de l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, la résiliation peut être effectuée, au choix du Souscripteur :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- soit par acte extra-judiciaire,

- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle, par le même mode de communication.

Les autres cas ou modalités de non-reconduction du marché par le Souscripteur sont signalés, le cas échéant, aux Conditions Particulières.

c. Effets de la résiliation

En cas de résiliation du présent Contrat, plus aucune adhésion des agents n'est recevable à compter de sa date d'effet et les adhésions en cours prennent fin.

Tout sinistre né postérieurement à la date de résiliation du Contrat ne peut donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle.

Les précédents alinéas s'appliquent, sans préjudice toutefois, et selon les situations individuelles, des règles relatives au maintien des garanties, visées à l'article 24 des présentes Conditions Générales.

Cette résiliation est sans effet sur le contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle.

Article 5. Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi

La Mutuelle présente à la Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) instituée auprès du Souscripteur un bilan annuel sur les comptes du Contrat de l'exercice précédent. L'échéance de présentation du bilan est déterminée dans les Conditions Particulières.

Le contenu de ce bilan est défini conformément au cahier des clauses techniques particulières (CCTP). Il présente notamment les effectifs, le coût total mensuel du financement des garanties pour l'ensemble des bénéficiaires (par type de bénéficiaires, par acte ou groupe d'actes...), la mise en œuvre des mécanismes de solidarité. Il précise également l'analyse des résultats et, le cas échéant, les propositions d'évolution.

Article 6. Obligations des parties

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, les obligations des Parties sont les suivantes :

a. Obligations de la Mutuelle

La Mutuelle s'engage à :

- établir une notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et rappelant les délais et les causes d'interruption de la prescription,
- à remettre au Souscripteur un exemplaire de celle-ci, de ses statuts et de son règlement intérieur institutionnel,
- en cas de modifications apportées aux droits et obligations des bénéficiaires, à établir une nouvelle notice intégrant ces modifications et à en remettre un exemplaire au Souscripteur.

Outre les obligations relatives à la notice d'information, la Mutuelle communique avant la conclusion du Contrat et annuellement au Souscripteur :

- le rapport exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion de l'organisme assureur au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes, ainsi que la composition de ces frais de gestion.

b. Obligations du Souscripteur

Le Souscripteur s'engage à :

- remettre à chacun des bénéficiaires, avant son adhésion au Contrat un exemplaire de la notice d'information établie par la Mutuelle ainsi qu'un exemplaire des statuts et du règlement intérieur institutionnel de la Mutuelle,
- les informer des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant la nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de ces documents et des informations relatives aux modifications apportées au Contrat incombe au Souscripteur.

Article 7. Territorialité du Contrat

Le Contrat et les garanties s'exercent en France métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et dans les collectivités d'outre-mer (COM).

Article 8. Définitions

Ayants droit : Le conjoint, le partenaire, le concubin, les enfants et petits-enfants de l'agent actif ou retraité de l'Employeur dans les conditions posées par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat et par le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat.

Bénéficiaires : Les agents actifs, les agents retraités de l'Employeur ainsi que les ayants droit de ces deux catégories dans les conditions posées par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat et par le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat.

Bénéficiaires actifs : Les agents employés et rémunérés par un employeur public au sens du I. de l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat, ainsi que les agents placés dans l'une des situations visés au II. de l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 susmentionné.

Délai de stage (ou délai de carence) : Période unique qui court depuis le premier jour d'adhésion. Cette période ferme le droit à prestation pour tout sinistre trouvant sa date de survenance comprise entre la date de début d'adhésion et la fin de la période fixée dans les Conditions Particulières.

DSN (déclaration sociale nominative) : Déclaration en ligne mensuelle et centralisée, effectuée à partir de la fiche de paie et destinée à communiquer des informations relatives à chaque salarié aux organismes sociaux et aux administrations concernées.

Membre Participant (ou adhérent) : Personne physique liée ou ayant été liée par une relation de travail avec le Souscripteur. En complétant et en signant le bulletin individuel d'adhésion, elle devient adhérente au Contrat, unique bénéficiaire des présentes garanties et membre participant de la Mutuelle. Seuls les bénéficiaires actifs et les bénéficiaires retraités décrits précédemment peuvent acquérir la qualité de Membre Participant.

Réclamation : Expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service (y compris auprès d'un délégataire ou d'un mandataire du professionnel) auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Souscripteur (ou employeur) : Personne morale ayant souscrit au Contrat composé des Conditions Générales et des Conditions Particulières et soit employeur soit ancien employeur de l'adhérent personne physique.

Article 9. Respect des documents et pièces de la consultation

Le présent Contrat respecte les exigences du cahier des clauses techniques particulières (CCTP) et du cahier des charges fonctionnel et du cahier des clauses administratives particulières (CCAP) émis par le Souscripteur ainsi que les dispositions de l'ensemble des documents et pièces de la consultation.

CHAPITRE II. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 10. Droit d'adhésion

Les garanties du Contrat sont mises en œuvre au bénéfice des catégories de bénéficiaires suivantes et selon les modalités définies dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières.

L'adhésion aux garanties optionnelles frais de santé mises en œuvre par le Contrat est facultative.

Peuvent adhérer à ces garanties optionnelles :

- les agents actifs et assimilés du Souscripteur, dénommés « bénéficiaires actifs » au sens du I. et du II. de l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État,

dans les conditions et limites définies par les documents et pièces de la consultation.

Le cas échéant, les catégories de bénéficiaires sont précisées dans les Conditions Particulières.

Article 11. Conditions et modalités d'adhésion

a. Adhésion au Contrat

Aucune condition d'âge, à l'exception de celles prévues pour les bénéficiaires ayants droit mentionnés au 4° du I. de l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, de santé ou d'ancienneté de service n'est opposée à l'adhésion au Contrat.

b. Choix de l'option

Lors de la complétude de son bulletin individuel d'adhésion, le bénéficiaire actif indique l'option à laquelle il souhaite adhérer.

Le choix d'une option par l'agent emporte automatiquement adhésion de l'ensemble de ses ayants-droits à cette même option.

Le Membre Participant a la possibilité de changer d'option dans la limite d'un (1) changement par an.

S'il résilie son adhésion à l'option ou s'il décide d'adhérer à une option de plus faible niveau, il devra attendre trois (3) ans avant de pouvoir être admis à adhérer à nouveau à l'option initialement choisie,

Le changement ainsi que la résiliation de l'option peuvent être effectués :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- soit par acte extra-judiciaire,
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle, par le même mode de communication.

c. Qualité de membre participant

En adhérant au Contrat, les agents actifs et assimilés du Souscripteur acquièrent la qualité de Membres Participants de la Mutuelle.

La représentation des Membres Participants à l'Assemblée Générale de la Mutuelle s'effectue dans les conditions prévues par ses statuts et son règlement intérieur institutionnel.

Article 12. Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

Sous réserve des dispositions de l'article 11 des présentes Conditions Générales et le cas échéant des Conditions Particulières, l'adhésion des bénéficiaires aux garanties optionnelles prend effet :

- par principe, au 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion,
- à défaut, à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra :

- être antérieure à la date de prise d'effet à l'égard du Membre Participant du contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle définies par l'accord interministériel du 26 janvier 2022,
- produire ses effets de manière rétroactive.

Article 13. Renonciation à l'adhésion individuelle

Conformément aux dispositions des articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, les bénéficiaires peuvent renoncer à leur adhésion au Contrat par l'envoi à la Mutuelle d'une lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR) ou d'une lettre recommandée électronique (LRE) pendant un délai de quatorze (14) jours à compter du premier versement de cotisation.

Le bulletin individuel d'adhésion mis à leur disposition par la Mutuelle comporte les mentions obligatoires d'information prévues par les articles précités.

Article 14. Résiliation de l'adhésion individuelle

Les Membres Participants peuvent user de leur faculté de résiliation au Contrat collectif relatif aux garanties optionnelles selon les modalités suivantes :

- à l'échéance du Contrat, en respectant un délai de prévenance de deux (2) mois avant l'échéance annuelle,
- à tout moment, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités, conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité. La résiliation prendra alors effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le Membre Participant.

En application de l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, la résiliation peut être effectuée, au choix du bénéficiaire couvert à titre facultatif :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,

- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- soit par acte extra-judiciaire,
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle, par le même mode de communication.

Le Membre Participant peut également résilier son adhésion lorsque des modifications significatives apportées au Contrat changent ses droits et obligations. Il dispose d'un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information pour demander la résiliation.

Pour les ayants droit des bénéficiaires actifs et des bénéficiaires retraités, la demande de résiliation est effectuée par le bénéficiaire actif ou le bénéficiaire retraité.

Cette résiliation entraîne la résiliation des garanties optionnelles pour l'ensemble des ayants droit du Membre Participant.

En revanche, elle n'a pas d'effet sur l'adhésion au contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle définies par l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

CHAPITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTE**Article 15. Objet et nature des garanties**

Les garanties optionnelles frais de santé mises en œuvre par le Contrat ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément :

- des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie,
- du contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par le Souscripteur, distinct du présent Contrat et mettant en œuvre les garanties socle définies par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et transcrites dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Les garanties optionnelles frais de santé répondent aux exigences des contrats « solidaires » et « responsables » tel que décrit dans le présent chapitre.

Article 16. Définition des garanties

Les garanties optionnelles, les différents postes de soins ainsi que les niveaux de garantie et le montant des prestations sont détaillés acte par acte dans le tableau des prestations figurant dans les Annexes des Conditions Particulières.

Article 17. Dispositions relatives au contrat solidaire et responsable**a. Caractère solidaire et responsable**

Le Contrat est solidaire et responsable au sens de la réglementation en vigueur.

Le caractère solidaire implique que la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des adhérents et ne recueille aucune information médicale.

Les garanties du Contrat respectent l'ensemble des règles des contrats d'assurance complémentaires de santé dits « contrats responsables » au sens des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et au sens des articles R. 871-1 et R.871-2 du même code modifiés par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 et par décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ainsi que des articles L.911-7 et D.911-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

Ces textes visent à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

En application des dispositions des articles susvisés, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :

- la prise en charge intégrale de la participation des assurés mentionnée à l'article R. 160-5 y compris les actes de prévention (cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article),

- la prise en charge intégrale et sans limitation de durée du forfait journalier hospitalier dans les établissements hospitaliers (étant précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)),
- la prise en charge intégrale et sans limitation de durée de la participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, également dénommée forfait patient urgences (FPU), telle que définie par l'alinéa 4 du I. de l'article L.160-13,
- la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article,
- pour les dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel autres que ceux à prise en charge renforcée, un forfait de prise en charge, respectant les montants minimaux tels que précisés à l'article D.911-1, 1°,
- la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1,
- la prise en charge des dépenses de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ; ainsi que la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2.

Conformément à ces mêmes dispositions du Code de la Sécurité Sociale, le montant des prestations, pour les postes suivants, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maxima fixés par les articles R.871-2 et D.911-1 dudit code pour :

- en cas de prise en charge par le contrat, les honoraires et actes des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO),
- les équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à l'ensemble des classes mentionnées à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale, y compris celles à prise en charge renforcée,
- les dépenses de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale,
- en cas de prise en charge par le contrat, un maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

b. Précisions sur l'application du 100 % santé

Depuis le 1^{er} janvier 2021, 100 % Santé propose à tous les adhérents à une complémentaire santé responsable ou bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire, des soins et un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100 %.

- Optique

La garantie optique se distingue par ses deux catégories principales d'équipements :

- **Classe A** : Dispositifs d'optique médicaux répondant aux critères de prise en charge minimaux, incluant les verres simples et les montures de base. Ces équipements assurent une couverture essentielle et sont conçus pour répondre aux besoins visuels fondamentaux.
- **Classe B** : Dispositifs médicaux d'optique offrant une prise en charge renforcée. Elle comprend des verres complexes, tels que les bifocaux ou progressifs, ainsi que des montures dotées de caractéristiques particulières. Les équipements de cette classe visent à fournir une correction visuelle plus adaptée et personnalisée.

Les types de verres sont classifiés en :

- **Verres Simples** : Verres unifocaux, offrant une correction pour une seule distance, qu'il s'agisse de vision de près ou de loin.
- **Verres Complexes** : Verres bifocaux ou progressifs, permettant une correction de plusieurs distances dans un même verre.
- **Verres Très Complexes** : Verres spécialisés, incluant des corrections pour des pathologies particulières ou des besoins visuels spécifiques.

LES GARANTIES EN OPTIQUE COMPRENNENT LA PRISE EN CHARGE D'UN SEUL EQUIPEMENT D'OPTIQUE TOUS LES DEUX (2) ANS (EQUIPEMENT D'OPTIQUE MEDICALE COMPOSE DE DEUX VERRES ET D'UNE MONTURE), SAUF POUR LES MINEURS DE MOINS DE 16 ANS OU POUR CERTAINES EVOLUTIONS DE LA VUE LIEES A DES SITUATIONS MEDICALES DEFINIES REGLEMENTAIREMENT (UN EQUIPEMENT PAR AN ET PAR BENEFICIAIRE).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1.

Ce délai de deux (2) ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- Dentaire

Pour les soins dentaires prothétiques, la prise en charge se divise en trois paniers distincts :

- **Panier 1** : Ce panier comprend les soins prothétiques de base, tels que les couronnes et les bridges réalisés avec des matériaux standards. Il assure une couverture minimale, répondant aux besoins fondamentaux des assurés.
- **Panier 2** : Ce groupe inclut des soins prothétiques intermédiaires, utilisant des matériaux de qualité supérieure par rapport à ceux du Panier 1. Il assure une prise en charge renforcée pour des prestations offrant un meilleur confort et une esthétique améliorée.
- **Panier 3** : Ce panier regroupe les soins prothétiques de haute qualité, souvent réalisés en céramique ou autres matériaux haut de gamme. Il permet une couverture étendue, incluant des prestations esthétiques avancées et des soins premium.

- Audiologie

En audiologie, les équipements sont classifiés en deux catégories :

- **Classe 1** : Aides auditives de base, conçues pour répondre aux besoins audiométriques essentiels avec des dispositifs de technologie standard. Elles assurent une couverture pour les besoins auditifs les plus courants.
- **Classe 2** : Aides auditives de classe supérieure, offrant des fonctionnalités avancées adaptées aux besoins auditifs plus complexes. Elles permettent une meilleure personnalisation et un confort auditif accru.

LES GARANTIES EN AUDIOLOGIE COMPRENNENT LA PRISE EN CHARGE D'UNE AIDE AUDITIVE TOUS LES QUATRE ANS DANS LES CONDITIONS PRÉCISÉES PAR LA LISTE PRÉVUE À L'ARTICLE L.165-1.

Article 18. Dispositions relatives au tiers payant

La Mutuelle pratique le tiers payant dans les conditions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Le dispositif du tiers payant permet aux adhérents de la Mutuelle de bénéficier d'une prise en charge directe des frais de santé, sans avoir à avancer les coûts au moment de la prestation. Ce mécanisme simplifie le règlement des dépenses médicales en permettant à la Mutuelle de régler directement les frais aux prestataires de soins, dans les conditions définies par le présent contrat collectif.

La Mutuelle procède annuellement à la délivrance de la carte de tiers payant aux adhérents :

- soit au moyen d'une édition papier et d'une remise par voie postale à la dernière adresse communiquée,
- soit au moyen d'un support durable dans les conditions fixées par les articles L.221-6-4 et suivants du code de la mutualité.

Article 19. Limites de remboursement

LES PRESTATIONS SONT VERSEES PAR LA MUTUELLE DES LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, SOUS RESERVE QUE LA DATE DES SOINS SOIT POSTERIEURE A LA DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHESION.

ELLES ONT UN CARACTERE INDEMNITAIRE. AINSI, CONFORMEMENT A L'ARTICLE 9 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989 ET A L'ARTICLE L. 224-8 DU CODE DE LA MUTUALITE, ELLES NE PEUVENT EXCÉDER LE MONTANT DES FRAIS RESTANT À LA CHARGE DU BÉNÉFICIAIRE, APRÈS LES REMBOURSEMENTS DE TOUTES NATURES AUXQUELS IL A DROIT.

LES PRESTATIONS SERVIES AU TITRE DU PRÉSENT CONTRAT INTERVIENNENT SOUS DEDUCTION DU REMBOURSEMENT OPÉRÉ PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET LE CONTRAT SOCLE DANS LA LIMITE DES FRAIS REEL.

LES GARANTIES DE MEME NATURE CONTRACTÉES AUPRES DE PLUSIEURS ORGANISMES ASSUREURS PRODUISENT LEURS EFFETS DANS LA LIMITE DE CHAQUE GARANTIE QUELLE QUE SOIT LA DATE DE SOUSCRIPTION. DANS CETTE LIMITE, LE BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT PEUT OBTENIR L'INDEMNISATION EN S'ADRESSANT À L'ORGANISME DE SON CHOIX.

DANS LE CAS OU LE CUMUL DES PRESTATIONS SERVIES DONNERAIT LIEU À UN REMBOURSEMENT TOTAL SUPÉRIEUR AU MONTANT DE L'ENSEMBLE DES DÉPENSES RÉELLEMENT EXPOSÉES, LES PRESTATIONS SERVIES PAR LA MUTUELLE SÉRAIENT RÉDUITES À DUE CONCURRENCE.

Article 20. Prestations indument versées

En cas de prestations versées indûment à un bénéficiaire, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un assuré postérieurement à la date de cessation de ses

garanties, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer à l'agent le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 21. Terme des garanties

Sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties, les garanties optionnelles frais de santé cessent définitivement au plus tard :

- à la date de prise d'effet de la résiliation du présent Contrat selon les modalités prévues par l'article 4 des présentes Conditions Générales,
- à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire mettant en œuvre les garanties socle prévues par l'accord interministériel du 26 janvier 2022,
- à la date de prise d'effet de la demande de résiliation de l'adhésion individuelle au Contrat selon les modalités prévues par l'article 14 des présentes Conditions Générales,
- pour les bénéficiaires actifs : à la date de résiliation de l'adhésion individuelle au contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle prévues par l'accord interministériel du 26 janvier 2022,
- à la date à laquelle les bénéficiaires ne répondent plus aux conditions au sens des articles 2, 4 et 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Aucune prestation ne peut être servie pour les soins qui seraient effectués après la date d'effet de la cessation des garanties.

Les dispositions du présent article sont, le cas échéant, complétée dans les Conditions Particulières.

Article 22. Cessation des garanties

Les garanties du Contrat cessent leurs effets définitivement :

- à la date de prise d'effet de la demande de résiliation de l'adhésion individuelle,
- à la date du décès de l'agent sous réserve des dispositions de l'article suivant relatif aux dispositifs de maintien des garanties,
- à la date de résiliation du Contrat par l'une ou l'autre des Parties.

Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation de l'adhésion au Contrat, sauf en ce qui concerne les prestations immédiates ou différées, acquises ou nées avant la date de résiliation.

Toute prestation indûment versée après la date de cessation des garanties devra être remboursée sans délai par le bénéficiaire à la Mutuelle.

Les autres cas de cessation des garanties sont prévus, le cas échéant, par les Conditions Particulières.

Article 23. Maintien des garanties

- a. Maintien des garanties des agents bénéficiaires actifs

Les droits des agents bénéficiaires actifs au sens de l'article 2 du décret du 22 avril 2022 sont maintenus, y compris durant les périodes pendant lesquelles ils n'exercent pas leurs fonctions, dès lors qu'ils restent employés et rémunérés par leur employeur (congé maladie par exemple).

En outre, conserve la qualité de bénéficiaire actif l'agent placé dans l'une des situations suivantes :

- congé parental,
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
- congé de formation professionnelle,
- bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité.

Le maintien des garanties prend fin, sous réserve des dispositions ci-après, lorsque l'agent ne se trouve plus dans l'une des situations mentionnées ci-dessus, permettant de conserver la qualité d'agent actif.

b. Rattachement des ayants droit

Conformément au II de l'article 5 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, le conjoint survivant et l'enfant orphelin de l'agent actif ou de l'agent retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin, conservent la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité.

La demande de rattachement doit être adressée à la Mutuelle dans un délai d'un (1) an à compter de la date du décès.

c. Portabilité des garanties pour les agents non retraités

Les agents bénéficiaires actifs qui deviennent anciens agents non retraités conservent leur adhésion au Contrat, sous réserve qu'ils aient bénéficié des garanties prévues par ce dernier avant la cessation de leur relation de travail. Ils n'acquittent pas de cotisations.

Les conditions suivantes doivent être remplies :

- inscription comme demandeur d'emploi,
- indemnisation chômage à la suite de la cessation de la relation de travail,
- bénéfice préalable des garanties du Contrat.

Le maintien de la couverture s'étend également, dans les mêmes conditions, aux ayants droit de l'ancien agent non retraité, lorsqu'ils étaient couverts au titre du Contrat lors de la cessation de la relation de travail.

Les garanties maintenues pour l'ancien agent non retraité et les bénéficiaires ayants droit sont celles en vigueur pour les bénéficiaires de la même catégorie pendant toute la durée du maintien de l'adhésion.

Le Souscripteur doit informer la Mutuelle de chaque maintien au titre de la portabilité dans le mois suivant la cessation du contrat de travail, en précisant la durée du dernier contrat (ou des derniers contrats lorsqu'ils sont consécutifs) ainsi que la durée prévue du maintien.

L'agent s'engage à transmettre à la Mutuelle toute information relative à l'ouverture de ses droits à l'assurance chômage ainsi que toutes autres modifications pendant la période de maintien. La Mutuelle peut conditionner la prise en charge des prestations à la justification de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Le maintien prend effet le lendemain de la cessation de la relation de travail et sa durée est égale à la période d'indemnisation par l'assurance chômage limitée à :

- à celle du dernier contrat de travail de l'agent au sein Souscripteur ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs sans période d'interruption de plus de deux (2) mois avec le même employeur ;
- à celle de la dernière période d'activité du fonctionnée, appréciée en mois entiers.

La durée de l'adhésion maintenue au Contrat ne peut dépasser douze (12) mois.

Le maintien cesse aux événements suivants :

- date à laquelle l'agent n'a plus de droits à indemnisation chômage,
- date de reprise d'activité de l'agent à temps plein ou partiel,
- date de liquidation de la retraite,
- date de fin de la période de maintien de douze (12) mois maximum.

Pour bénéficier du maintien des garanties au titre de la portabilité, l'agent doit :

- informer la Mutuelle de la cessation de son activité dans un délai de trente (30) jours suivant la fin de son contrat de travail,
- fournir les justificatifs demandés par la Mutuelle, notamment l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage délivrée par France Travail, ainsi que tout autre document prouvant la cessation involontaire de l'activité.

La Mutuelle s'engage à informer les agents de leurs droits en matière de portabilité des garanties lors de leur adhésion individuelle et au moment de la cessation de leur activité, sous réserve qu'elle en ait été dûment informée par le Souscripteur ou par l'agent lui-même.

Article 24. Exclusions générales et particulières

NE DONNENT DROIT A AUCUN REMBOURSEMENT, VERSEMENT NI PRISE EN CHARGE :

- **LES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE, A L'EXCEPTION TOUTEFOIS DE CERTAINS ACTES, DANS LA LIMITE DES PRESTATIONS EXPRESSEMENT DEFINIES POUR CHAQUE GARANTIE SELON LE TABLEAU DES PRESTATIONS FIGURANT DANS LES CONDITIONS PARTICULIERES,**
- **LES SOINS DE TOUTES NATURES (NOTAMMENT LES SEJOURS EN ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS OU CLINIQUES, LES TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE ET LES PROTHESES DENTAIRES) DONT LES DATES DE PREMIERE PROPOSITION, DE PRESCRIPTION OU**

D'EXECUTION SE SITUENT AVANT LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION DES BENEFICIAIRES AU CONTRAT,

- LES SOINS DE TOUTES NATURES EFFECTUES POSTERIEUREMENT A LA DATE DE RESILIATION DU CONTRAT OU A LA DATE DE CESSATION DES GARANTIES DES BENEFICIAIRES,
- LES MODULATIONS DU TICKET MODERATEUR LIEES A LA SANCTION SUR LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS,

DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES, CONFORMEMENT AUX ARTICLES L.871-1, R.871-1 ET R.871-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE, SONT EXLUS :

- LA MAJORATION DE LA PARTICIPATION MISE A LA CHARGE DES BENEFICIAIRES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE VISEE A L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (C'EST-A-DIRE EN L'ABSENCE DE DESIGNATION, DE LEUR PART, D'UN MEDECIN TRAITANT OU EN CONSULTANT UN AUTRE MEDECIN SANS PRESCRIPTION DE LEUR MEDECIN TRAITANT, SAUF LORSQUE LA CONSULTATION SE FAIT EN CAS D'URGENCE AUPRES D'UN AUTRE MEDECIN QUE LE MEDECIN TRAITANT, OU LORSQUE LA CONSULTATION SE FAIT EN DEHORS DU LIEU OU RESIDE DE FAÇON STABLE ET DURABLE L'ASSURE SOCIAL OU L'AYANT DROIT AGE DE 16 ANS OU PLUS),
- LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES SUR LE TARIF DES ACTES CLINIQUES ET TECHNIQUES ET SUR LES CONSULTATIONS VISES AU 18° DE L'ARTICLE L.162-5 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (C'EST-A-DIRE LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES SUR LE TARIF DES ACTES ET CONSULTATIONS POUR DES PATIENTS QUI CONSULTENT DES MEDECINS RELEVANT DE CERTAINES SPECIALITES SANS PRESCRIPTION PREALABLE DE LEUR MEDECIN TRAITANT ET QUI NE RELEVANT PAS D'UN PROTOCOLE DE SOINS),
- LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ET LES FRANCHISES MEDICALES RESPECTIVEMENT MENTIONNEES AU II ET III DE L'ARTICLE L.160-13 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE,
- LES DEPENSES D'ACQUISITION DE DISPOSITIFS MEDICAUX, LES FRAIS DE SOINS ET LES AUTRES FRAIS LAISSES A LA CHARGE DU BENEFICIAIRE DONT LE MONTANT EST SUPERIEUR AUX PLAFONDS FIXES PAR LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE
- AINSI QUE TOUT AUTRE ACTE, PRESTATION, MAJORATION OU DEPASSEMENT NE RELEVANT DE LA REGLEMENTATION APPLICABLE AUX CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES.

LA LISTE DE CES EXCLUSIONS PEUT ETRE, LE CAS ECHEANT, COMPLETEE PAR LES CONDITIONS PARTICULIERES.

LE FAIT POUR LA MUTUELLE DE PROCEDER AU REGLEMENT DE PRESTATIONS POURTANT EXCLUES PAR LES PRESENTES CONDITIONS GENERALES ET/OU PAR LES CONDITIONS PARTICULIERES NE CONSTITUE NI UN COMMENCEMENT D'EXECUTION NI UNE RENONCIATION TACITE DE SA PART AU DROIT DE SE PREVALOIR DE CES EXCLUSIONS.

CHAPITRE IV. DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

Article 25. Taux, assiette et montant

Les taux, assiette et montant des cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières.

Les cotisations sont libellées en euros et leur montant est fixé conformément à l'article 15-1 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 ainsi qu'à l'arrêté du 30 décembre 2024 modifiant l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat.

Par ailleurs, en application respectivement des articles 24 et 27 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 :

- une cotisation additionnelle abonde le fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités,
- une cotisation additionnelle au titre du financement des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires pourra être mise en place selon les termes prévus aux Conditions Particulières.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et frais de gestion et d'acquisition.

Les taux, assiette et montant des cotisations sont révisables à chaque échéance annuelle selon les modalités fixées par les articles 3 et 29 des présentes Conditions Générales.

Article 26. Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations font l'objet d'un acquittement par le Membre Participant directement auprès de la Mutuelle.

Les modalités et la périodicité du paiement retenues sont définies par les Conditions Particulières.

Article 27. Défaut de paiement des cotisations

Conformément au II. de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, une mise en demeure recommandée avec accusé de réception est adressée au Membre participant par la Mutuelle.

Dans cette lettre, la Mutuelle l'informe que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion au présent Contrat collectif et de ses garanties optionnelles.

A défaut de paiement dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure, la Mutuelle prononce son exclusion du Contrat. Elle peut également appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par son Conseil d'Administration.

Le contrat non résilié reprend effet pour l'avenir à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle.

Article 28. Révision des cotisations

La révision des taux, assiette et montant des cotisations est effectuée à la date d'échéance annuelle du Contrat selon les modalités définies par les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières et conformément à l'article 28 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

En application de l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, toute modification des montants de cotisations fait l'objet d'un avenant au Contrat signé par la Mutuelle et par le Souscripteur.

PROJET

CHAPITRE V. DISPOSITIONS RELATIVES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 29. Déclaration des sinistres

La majorité des demandes de remboursement de frais de santé sera traitée par le système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs) qui permet la transmission électronique des demandes de remboursement directement entre les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, dentistes, etc.) et la Mutuelle.

Toute demande de prestations effectuée en dehors du système de télétransmission NOEMIE doit être adressé à la Mutuelle selon l'un des canaux suivants :

- sur l'application mobile MGAS et Moi, téléchargeable sur les stores Apple et Google,
- sur l'espace adhérent mis à la disposition des Membres Participants par la Mutuelle,
- par mail à l'adresse ci-après : relation.adherents@mgas.fr,
- par papier à l'adresse suivante : MGAS Relations Adhérents – TSA 30129 – 37206 TOURS CEDEX.

Pour être recevable, la demande doit contenir le formulaire de demande, les justificatifs inscrits sur le formulaire et listés à l'article suivant ainsi que toute pièce utile à l'appui de la demande.

Les documents à caractère confidentiel doivent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la Mutuelle à l'adresse susmentionnée.

Article 30. Justificatifs et pièces à fournir

Grâce au système de télétransmission NOEMIE, les décomptes de Sécurité sociale sont transmis directement à la Mutuelle.

Cependant, certains soins nécessitent l'envoi des pièces justificatives suivantes :

- l'original de la facture détaillée, acquittée et nominative, faisant apparaître le numéro ADELI/RPPS du professionnel de santé,
- pour les prothèses dentaires, la facture détaillée avec les codes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), acquittée et nominative, faisant apparaître le numéro ADELI/RPPS du professionnel de santé,
- pour les frais d'optique, la copie de l'ordonnance en cours de validité et la facture détaillée acquittée de l'opticien avec prix des verres séparés de la monture,
- pour les lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale, l'ordonnance ainsi que la facture détaillée, acquittée et nominative, faisant apparaître le numéro ADELI/RPPS du professionnel de santé,
- pour la cure thermale, la facture originale nominative acquittée destinée à la Mutuelle,
- pour l'hospitalisation (médicale, chirurgicale, obstétrique, psychiatrique, soins de suite et de réadaptation, maison de repos...), le bordereau de facturation acquittée destiné à la Mutuelle, faisant apparaître le détail des actes effectués et le code DMT (discipline médico-tarifaire).

Toute demande de prestations effectuée en dehors du système de télétransmission NOEMIE doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- la facture de soins du professionnel de santé détaillée, acquittée et nominative, faisant apparaître le numéro ADELI/RPPS du professionnel de santé,
- le décompte de la Sécurité sociale,
- la prescription médicale en cours de validité le cas échéant.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative pour procéder au versement des prestations.

Article 31. Versement des prestations

Les demandes de prestations doivent être adressées par le bénéficiaire à la Mutuelle dans les deux (2) ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat. Elles doivent par ailleurs être accompagnées des pièces justificatives mentionnées à l'article précédent.

Le règlement des prestations est effectué en euros et par virement bancaire sur le compte du Membre Participant ou du bénéficiaire majeur dont les coordonnées auront été communiquées par ce dernier lors de son affiliation.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires au traitement du dossier, y compris les éventuels documents complémentaires demandés le cas échéant par la Mutuelle, les prestations sont versées dans les délais suivants :

- au maximum un (1) jour ouvré dans le cadre de la télétransmission NOEMIE,
- au maximum trois (3) jours ouvrés hors flux NOEMIE.

Ces délais débutent à minuit le jour de la réception par la Mutuelle et s'entendent hors délais bancaires.

La Mutuelle ne saurait être tenue responsable d'un non-respect de ce délai causé par la survenance d'un cas de force majeure au sens de l'article 1218 du Code civil ou d'un événement entraînant l'activation par la Mutuelle de son plan de continuité de l'activité.

Quelle que soit la cause du retard, la Mutuelle met en œuvre tous les moyens humains, logistiques, matériels et financiers à sa disposition pour procéder au règlement des prestations dans les meilleurs délais.

Article 32. Contrôles médicaux

Outre les pièces visées le cas échéant aux Conditions Particulières, la Mutuelle pourra demander tous renseignements ou tous documents complémentaires :

- à réception de toute demande de prise en charge de soins,
- à réception d'un devis,
- ou après remboursement des soins.

La Mutuelle se réserve ainsi le droit de soumettre à un contrôle des prestations, par la désignation d'un professionnel de santé expert en rapport avec l'objet de la prestation en litige, ou de toute personne habilitée que la Mutuelle désignera, tout membre participant ayant bénéficié d'un remboursement de soins de santé au titre du présent Contrat ou qui demande à bénéficier d'une prestation.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives et éventuellement d'un examen médical réalisé par le professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle (notamment radios, analyses ...). Le Membre Participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix lors de cet examen. En cas de contrôle sur pièces, le Membre Participant peut également adresser les conclusions de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article.

Les honoraires du professionnel de santé expert qui réalise ce contrôle sont pris en charge par la Mutuelle.

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements médicaux seront remis, par le Membre Participant, sous pli confidentiel à l'attention du professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

Les conclusions de la Mutuelle et, en présence d'un contrôle mené par un professionnel de santé, les conclusions de ce contrôle, sont notifiées au participant par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent fonder le refus de la Mutuelle de verser la prise en charge de soins sollicitée ou fonder une demande de remboursement des prestations versées.

Le Membre Participant peut contester ces conclusions en adressant à la Mutuelle (sous pli confidentiel, avec la mention « Secret médical » à l'attention du professionnel de santé expert en cas d'envoi de pièces ou renseignements médicaux), dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification des conclusions, une lettre recommandée avec accusé de réception exposant l'ensemble des moyens à l'appui de sa contestation. Il peut ainsi adresser les conclusions en réponse de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article (s'il n'a pas déjà communiqué son nom précédemment).

En cas de désaccord entre le médecin du Membre Participant et celui de la Mutuelle, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin. A défaut d'accord entre les deux praticiens, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal compétent du domicile du participant.

Chaque partie prend à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'il a désigné. Ceux relatifs à l'arbitrage fait par le troisième médecin sont supportés par moitié.

En cas de refus du Membre Participant de répondre aux demandes de justifications complémentaires de la Mutuelle et/ou de se soumettre au contrôle, le paiement des prestations concernées seront suspendues. En tout état de cause, les parties restent libres de saisir les juridictions compétentes à tout moment de la procédure de contrôle précitée.

CHAPITRE VI. DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Outre les garanties optionnelles frais de santé, la Mutuelle met œuvre au bénéfice des personnes physiques protégées par le Contrat des actions et des prestations complémentaires.

Article 33. Accompagnement social

Le cas échéant, la Mutuelle met en œuvre les prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires selon les termes de l'accord collectif conclu par le Souscripteur et les organisations syndicales représentatives en application de l'article L.222-5 du Code général de la fonction publique.

Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à la mise en place du dispositif, à 0,5 % des cotisations hors taxe acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du Contrat.

Ces prestations sont attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires et financées par la collecte d'une cotisation additionnelle acquittées par les bénéficiaires.

Les critères et modalités d'attribution de ces prestations seront déterminées par la CPPS.

Article 34. Prévention

La Mutuelle met en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé à destination de l'ensemble des bénéficiaires du Contrat.

Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur doit mettre en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail.

Elles sont prises en charge intégralement par la Mutuelle et sont ciblées sur des thématiques prioritaires qui auront été examinées par la CPPS.

Elles sont énumérées dans les Conditions Particulières.

Article 35. Réseau de soins Santéclair

La Mutuelle fait bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droit du réseau de soins Santéclair en vue :

- de fournir les informations et conseils (soins et traitements),
- d'analyser les devis et aider à leur négociation (prothèses dentaires, implantologie, parodontologie, orthodontie, lunettes, lentilles, chirurgie réfractive, audioprothèses, honoraires chirurgicaux),
- de leur permettre d'accéder à 5 réseaux de soins permettant de bénéficier de tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes, centre de chirurgie réfractive, audioprothésistes, diététiciennes, ostéopathes),
- de mettre à disposition des services web (voire mobiles) : géolocalisation des partenaires de santé du réseau Santéclair, aide à l'automédication, aide à la prévention et au dépistage, aide au choix de son lieu d'hospitalisation aide au sevrage tabagique.

Ces services sont proposés et gérés par Santéclair, partenaire de la Mutuelle. Ils peuvent évoluer à tout moment. Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 030 euros - ayant son siège au 78 Boulevard de la République, 92100 BOULOGNE - BILLANCOURT - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977.

Article 36. Autres actions et prestations complémentaires

Le cas échéant, les autres actions et prestations complémentaires mises en œuvre par la Mutuelle dans le cadre du Contrat sont détaillées dans les Conditions Particulières.

PROJET

CHAPITRE VII. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 37. Réticence ou fausse déclaration

LES CONDITIONS DU CONTRAT SONT BASEES SUR LES DECLARATIONS TRANSMISES PAR LE SOUSCRIPTEUR ET LES MEMBRES PARTICIPANTS.

TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ENTRAINE L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITE AINSI QUE LA NULLITE DE L'ADHESION.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, LA GARANTIE ACCORDEE PAR LA MUTUELLE EST NULLE EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE, QUAND CETTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR LA MUTUELLE ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE.

LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A LA MUTUELLE QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS.

EN CAS D'OMISSION OU DE DECLARATION INEXACTE, LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-15 DU MEME CODE S'APPLIQUENT.

Article 38. Déchéance

COMPTE TENU DE L'AUGMENTATION CROISSANTE DES FRAUDES AUX ASSURANCES, DES DISPOSITIFS DE CONTROLE ONT ETE MIS EN PLACE PAR LA MUTUELLE AFIN DE REPERER EFFICACEMENT LES TENTATIVES D'ESCROQUERIE.

LA MUTUELLE EFFECTUE, PREALABLEMENT OU POSTERIEUREMENT AU VERSEMENT DES PRESTATIONS, TOUTE ENQUETE QU'ELLE JUGE NECESSAIRE ET PEUT SOLLICITER, DANS UN SOUCI D'AUTHENTIFICATION AUPRES DE SES ADHERENTS, LA COMMUNICATION DE PIECES JUSTIFICATIVES, LESQUELLES SERONT SUJETTES A VERIFICATION.

DANS LE CAS D'UNE SUSPICION DE DOCUMENT FRAUDULEUX, LA MUTUELLE SE RESERVE LA FACULTE, DURANT UNE PERIODE QUI NE PEUT EXCEDER QUINZE (15) JOURS, DE SUSPENDRE OU D'INTERROMPRE LE VERSEMENT DE LA PRESTATION AFIN D'EFFECTUER LES VERIFICATIONS APPROPRIEES ET/OU DANS L'ATTENTE DES JUSTIFICATIFS DEMANDES AUPRES DES DIVERS INTERVENANTS : BENEFICIAIRE(S), PROFESSIONNEL(S) DE SANTE, INTERLOCUTEURS DU REGIME OBLIGATOIRE. LA MUTUELLE ADRESSERA, LE CAS ECHEANT, UN COURRIER DE NOTIFICATION AU BENEFICIAIRE.

SI LE BENEFICIAIRE NE TRANSMET PAS LES JUSTIFICATIFS SOLLICITES DANS LE DELAI CI-DESSUS OU SI OU LES ELEMENTS TRANSMIS OU UTILISES SE REVELAIENT ERRONES, FABRIQUES ET/OU FALSIFIES, LA MUTUELLE REFUSERA OU ANNULERA LE PAIEMENT DE LA PRESTATION.

DANS LES CAS VISES AU PARAGRAPHE SUPRA, LA MUTUELLE NOTIFIE AU BENEFICIAIRE, PAR L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, LA DECHEANCE A INDEMNISATION, ET LUI RAPPELLE QU'ELLE A LA POSSIBILITE D'ENGAGER DES POURSUITES PENALES A L'ENCONTRE DE TOUT BENEFICIAIRE AUTEUR OU COMPLICE DE FRAUDE POUR DES FAITS D'ESCROQUERIE, DE TENTATIVE D'ESCROQUERIE, DE FAUX, D'USAGE DE FAUX NOTAMMENT.

Article 39. Prescription

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.221-11 DU CODE DE LA MUTUALITE, TOUTES ACTIONS DERIVANT DU CONTRAT SONT PRESCRITES PAR DEUX ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE.

TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :

- EN CAS DE RETICENCE, OMISSION, DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OU LA MUTUELLE EN A EU CONNAISSANCE,
- EN CAS DE REALISATION DU RISQUE, QU'A COMPTER DU JOUR OU LES INTERESSES EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORE JUSQUE-LÀ.

QUAND L'ACTION DU MEMBRE PARTICIPANT, DU BENEFICIAIRE OU DE L'AYANT DROIT CONTRE LA MUTUELLE OU L'UNION A POUR CAUSE LE RECOURS D'UN TIERS, LE DELAI DE PRESCRIPTION NE COURT QUE DU JOUR OU CE TIERS A EXERCE UNE ACTION EN JUSTICE CONTRE LE MEMBRE PARTICIPANT OU L'AYANT DROIT, OU A ETE INDEMNISE PAR CELUI-CI.

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.221-12 DU CODE DE LA MUTUALITE, LA PRESCRIPTION PEUT ETRE INTERROMPUE PAR UNE DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DEFINIES AUX ARTICLES 2240 A 2246 DU CODE CIVIL.

EN APPLICATION DE CES DISPOSITIONS, CONSTITUENT DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION :

- LA RECONNAISSANCE PAR LE DEBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT (ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL),
- L'EXERCICE D'UNE ACTION EN JUSTICE, MEME EN REFERE, Y COMPRIS LORSQUE L'ACTION EST PORTEE DEVANT UNE JURIDICTION INCOMPETENTE OU LORSQUE L'ACTE DE SAISINE DE LA JURIDICTION EST ANNULE PAR L'EFFET D'UN VICE DE PROCEDURE (ARTICLE 2241 A 2243 DU CODE CIVIL),
- UNE MESURE CONSERVATOIRE PRISE EN APPLICATION DU CODE DES PROCEDURES CIVILES D'EXECUTION OU ACTE D'EXECUTION FORCEE (COMMANDEMENT DE PAYER, SAISIE, ...) (ARTICLE 2444 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE A L'UN DES DEBITEURS SOLIDAIRES PAR UNE DEMANDE EN JUSTICE OU PAR UN ACTE D'EXECUTION FORCEE OU LA RECONNAISSANCE PAR LE DEBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT, A NOTER QUE L'INTERPELLATION FAITE A L'UN DES HERITIERS D'UN DEBITEUR SOLIDAIRE OU LA RECONNAISSANCE DE CET HERITER N'INTERROMPT LE DELAI DE PRESCRIPTION QUE POUR LA PART DE CET HERITIER (ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE AU DEBITEUR PRINCIPAL OU SA RECONNAISSANCE POUR LES CAS DE PRESCRIPTION APPLICABLES AUX CAUTIONS (ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL).

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RESULTER DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE OU D'UN ENVOI RECOMMANDE ELECTRONIQUE, AVEC ACCUSE DE RECEPTION ADRESSE PAR LA MUTUELLE AU MEMBRE PARTICIPANT, EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA COTISATION, ET PAR LE MEMBRE PARTICIPANT, LE BENEFICIAIRE OU L'AYANT DROIT A LA MUTUELLE, EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DE L'INDEMNITE.

LA PRESCRIPTION NE COURT PAS, EST SUSPENDUE OU RECOMMENCE A COURIR DANS LES CONDITIONS PREVUES AUX ARTICLES 2233 A 2239 DU CODE CIVIL.

AINSI, ELLE NE COURT PAS A L'EGARD :

- **D'UNE CREANCE QUI DEPEND D'UNE CONDITION, JUSQU'A CE QUE LA CONDITION ARRIVE,**
- **D'UNE ACTION EN GARANTIE, JUSQU'A CE QUE L'EVICITION AIT LIEU,**
- **D'UNE CREANCE A TERME, JUSQU'A CE QUE CE TERME SOIT ARRIVE.**

ELLE NE COURT PAS OU EST SUSPENDUE :

- **CONTRE CELUI QUI EST DANS L'IMPOSSIBILITE D'AGIR PAR SUITE D'UN EMPECHEMENT RESULTANT DE LA LOI, DE LA CONVENTION OU DE LA FORCE MAJEURE,**
- **CONTRE LES MINEURS NON EMANCIPES ET LES MAJEURS EN TUTELLE, SAUF POUR LES ACTIONS EN PAIEMENT OU EN REPETITION DES SALAIRES, ARRERAGES DE RENTE, PENSIONS ALIMENTAIRES, LOYERS, FERMAGES, CHARGES LOCATIVES, INTERETS DES SOMMES PRETEES ET, GENERALEMENT, LES ACTIONS EN PAIEMENT DE TOUT CE QUI EST PAYABLE PAR ANNEES OU A DES TERMES PERIODIQUES PLUS COURTS.**

ELLE EST SUSPENDUE :

- **A COMPTER DU JOUR OU, APRES LA SURVENANCE D'UN LITIGE, LES PARTIES CONVIENNENT DE RECOURIR A LA MEDIATION OU A LA CONCILIATION OU, A DEFAUT D'ACCORD ECRIT, A COMPTER DU JOUR DE LA PREMIERE REUNION DE MEDIATION OU DE CONCILIATION,**
LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS, A COMPTER DE LA DATE A LAQUELLE SOIT L'UNE DES PARTIES OU LES DEUX, SOIT LE MEDiateUR OU LE CONCILIATEUR DECLARENT QUE LA MEDIATION OU LA CONCILIATION EST TERMINEE.
- **A COMPTER DE LA CONCLUSION D'UNE CONVENTION DE PROCEDURE PARTICIPATIVE OU A COMPTER DE L'ACCORD DU DEBITEUR CONSTATE PAR L'HUISSIER DE JUSTICE POUR PARTICIPER A LA PROCEDURE PREVUE A L'ARTICLE L.125-1 DU CODE DES PROCEDURES CIVILES D'EXECUTION,**
LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR A COMPTER DU TERME DE LA CONVENTION, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS.
EN CAS D'ECHEC DE LA PROCEDURE, IL RECOMMENCE A COURIR A COMPTER DE LA DATE DU REFUS DU DEBITEUR, CONSTATE PAR L'HUISSIER, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS.
- **LORSQUE LE JUGE FAIT DROIT A UNE DEMANDE DE MESURE D'INSTRUCTION PRESENTTEE AVANT TOUT PROCES,**
LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE A COURIR, POUR UNE DUREE QUI NE PEUT ETRE INFERIEURE A SIX (6) MOIS, A COMPTER DU JOUR OU LA MESURE A ETE EXECUTEE.

Article 40. Réclamation

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle soit par oral soit par écrit dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Lorsqu'elle est formulée par écrit, elle doit être adressée aux coordonnées suivantes :

- Par courrier à l'adresse suivante : MGAS – Réclamation, TSA 30129, 37206 Tours Cedex,
- Par courriel : reclamation.adherents@mgas.fr

Une réclamation peut également être formulée par oral lors de l'accueil physique du réclamant ou lors d'un appel téléphonique au 01 44 10 55 55.

Si la réclamation a été formulée à l'oral, le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'une réclamation écrite s'il n'a pu lui être donné immédiatement satisfaction.

La Mutuelle accuse réception de la réclamation écrite sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation écrite est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux (2) mois à compter de l'envoi.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

Cette procédure de réclamation est applicable à tout Membre Participant et plus généralement à toute personne portant réclamation (anciens Membres Participants, ayants droit, toute personne en contact avec les services de la Mutuelle).

Article 41. Médiation

Le médiateur dont relève la Mutuelle est le Médiateur de la FNMF.

Ce médiateur peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes soit :

- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS cedex 15
- Par dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Un litige ne peut être examiné par le médiateur lorsque :

- L'adhérent ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- L'adhérent a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la FNMF.

La réclamation doit être formulée par écrite et doit, soit avoir reçu une réponse négative soit n'avoir reçu aucune réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux (2) mois.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'article 2238 du code Civil.

Article 42. Langue et droit applicables – Règlement des différends entre les parties

La langue française est la seule applicable au Contrat et, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toute autre langue.

Le Contrat est régi par le Code de la Mutualité ainsi que par les textes législatifs et réglementaires français en vigueur. Tous les documents, notices et correspondances relatifs aux relations entre les Souscripteurs et la Mutuelle, inscriptions sur matériel, correspondances, demandes de paiement ou modes d'emploi sont entièrement rédigés en langue française ou accompagnés d'une traduction en français, certifiée conforme à l'original par un traducteur assermenté.

En cas de litige, la réglementation française est seule applicable et la détermination de la juridiction compétente répond aux règles définies par le Code de la commande publique, le Code de la mutualité, le Code de procédure civile et tout autre loi ou réglementation applicable en la matière.

Article 43. Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle est désignée responsable du traitement des données à caractère personnel des bénéficiaires du Contrat.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, la Mutuelle s'engage à la protection des données à caractère personnel.

Dans ce cadre, elle a élaboré une Charte « Vie privée » qui précise :

- ses engagements,
- les informations relatives au responsable de traitement et partenaires,
- les traitements de données personnelles effectués,
- les fondements et les finalités de ces traitements,
- les catégories de données concernées,
- les types de sources et les destinataires,
- les principes de conservation,
- les particularités,
- la liste et les modalités d'exercice des différents droits,
- les choix possibles, en particulier en matière de consentement et de gestion des traceurs.

La charte « Vie privée » est accessible et téléchargeable depuis le lien suivant <https://mgas.fr/charte-vie-privee> ou adressée par voie postale sur simple demande auprès de la Mutuelle.

La notice d'information établie par la Mutuelle et remise à chaque bénéficiaire par le Souscripteur détaille :

- les fondements et les finalités du traitement des données,

- leur durée de conservation,
- les coordonnées du délégué à la protection des données ou *data protection officer* (DPO) de la Mutuelle,
- les destinataires des données,
- ainsi que la faculté d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Article 44. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès du Souscripteur et des Membres Participants la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés).

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie.

La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela contreviendrait à la réglementation voire exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Article 45. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au bénéficiaire contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

Article 46. Autorité de contrôle

Conformément au Code de la Mutualité, la MGAS est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest – CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09.