

SOMMAIRE

CHAPITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – RÉFÉRENCES LÉGALES	3
ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT	3
<u>ARTICLE 3.1 – MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE COTISATION</u>	3
<u>ARTICLE 3.2 – AUTRES MODIFICATIONS CONTRACTUELLES OU ADMINISTRATIVES</u>	3
<u>ARTICLE 3.3 – MODIFICATIONS JURIDIQUES</u> ...	3
<u>ARTICLE 3.4 – ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES</u>	3
ARTICLE 4 – ADHÉSION	4
ARTICLE 5 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE	4
ARTICLE 6 – LES OBLIGATIONS DÉCLARATIVES DU SOUSCRIPTEUR	4
ARTICLE 7 – REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION	4
ARTICLE 8 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	5

CHAPITRE II : LES GARANTIES

ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	5
ARTICLE 10 – DROIT AUX PRESTATIONS	5
ARTICLE 11 – LIMITATION	5
ARTICLE 12 – GARANTIES OPTIONNELLES	5
ARTICLE 13 – MODIFICATION DE LA GARANTIE	5
ARTICLE 14 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	6

<u>ARTICLE 14.1 – TIERS PAYANT</u>	6
<u>ARTICLE 14.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS</u>	6
<u>ARTICLE 14.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER</u>	6
<u>ARTICLE 14.4 – ACCIDENT</u>	6
ARTICLE 15 – LES EXCLUSIONS	7

CHAPITRE III : LA CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 16 – RÉSILIATION	7
<u>ARTICLE 16.1 – RÉSILIATION ANNUELLE</u>	7
<u>ARTICLE 16.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL</u>	7
ARTICLE 17 – RADIATION ET EXCLUSION	7
<u>ARTICLE 17.1 – RADIATION D'UN MEMBRE PARTICIPANT</u>	7
<u>ARTICLE 17.2 – RADIATION DES AYANTS DROIT</u>	8
ARTICLE 17.4 – EXCLUSION EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT	8
ARTICLE 17.5 – EXCLUSION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	8
ARTICLE 18 – DATE D'EFFET DE LA CESSATION DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 19 – LES MAINTIENS DE LA GARANTIE SANTÉ	9
<u>ARTICLE 19.1 – MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE</u>	9
<u>ARTICLE 19.2 – MAINTIEN DE LA GARANTIE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN</u>	9

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 20 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION..... 10

ARTICLE 21 – FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS 10

ARTICLE 22 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES 10

ARTICLE 22.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3ÈME ENFANT 10

ARTICLE 22.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ 10

ARTICLE 22.3 – GARANTIE « ASSISTANCE » ET « SERVICE AUX PERSONNES »..... 10

ARTICLE 23 – PAIEMENT DES COTISATIONS .. 10

ARTICLE 24 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 11

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 25 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION 11

ARTICLE 26- RÉCLAMATIONS 11

ARTICLE 27 – MÉDIATION 11

ARTICLE 28 – FORCLUSION 12

ARTICLE 29 – PRESCRIPTION 12

ARTICLE 30 – SUBROGATION 12

ARTICLE 31 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE 12

ARTICLE 32 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS .. 12

ARTICLE 33 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX 13

ARTICLE 34 – FONDS D'ACTION SOCIALE 13

ARTICLE 34.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE 13

ARTICLE 34.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES ... 13

ARTICLE 34.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL..... 13

ARTICLE 34.4 – NATURE DES AIDES 13

ARTICLE 35 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE..... 13

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès d'Eovi-Mcd mutuelle dont les présentes Conditions générales, valant Notice d'information, définissent la garantie et les prestations accordées. Il a pour objet de faire bénéficier les membres participant et leurs ayants droit de prestations de santé en complément des prestations en nature servies par le Régime obligatoire de Sécurité sociale dont ils relèvent.

Les prestations garanties sont précisées dans le tableau descriptif de ces dernières.

Les membres du Souscripteur affiliés au contrat acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle conformément à l'article L.221-2.III du Code de la Mutualité. Les membres participants sont représentés à l'Assemblée générale d'Eovi-Mcd mutuelle, conformément à l'article L.114-6 du Code de la Mutualité, selon les dispositions statutaires d'Eovi-Mcd mutuelle.

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le Régime obligatoire d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres, dans le respect des dispositions légales. Pour les dispositifs prévus par l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, par l'article 88-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et par l'article L. 4123-3 du Code de la défense, elles peuvent en outre moduler les cotisations en fonction de la date d'adhésion des agents à ces dispositifs.

S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – RÉFÉRENCES LÉGALES

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité. Selon la garantie choisie, le contrat respecte le dispositif légal relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, la garantie et les niveaux de remboursement devront suivre les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.

ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, toute modification des Statuts décidée par l'Assemblée générale de la Mutuelle est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant. Ces modifications leur sont opposables dès leur notification.

Toute modification des conditions particulières du contrat collectif est constatée par un avenant signé par le Souscripteur et Eovi-Mcd mutuelle.

ARTICLE 3.1 – MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE COTISATION

Toute demande de modification de la structure de cotisation définie aux Conditions particulières doit être effectuée par écrit à Eovi-Mcd mutuelle par le Souscripteur avant le 1^{er} décembre de l'exercice pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

ARTICLE 3.2 – AUTRES MODIFICATIONS CONTRACTUELLES OU ADMINISTRATIVES

Tout autre changement peut être réalisé sur demande écrite du Souscripteur à tout moment de l'année (adresse, modalités de paiement,...).

ARTICLE 3.3 – MODIFICATIONS JURIDIQUES

En cas de modification de la structure juridique du Souscripteur (notamment en cas de fusion absorption, transmission universelle du patrimoine de redressement ou de liquidation judiciaires, procédure de sauvegarde, cession), ce dernier est tenu d'en informer immédiatement Eovi-Mcd mutuelle. Le maintien ou, le cas échéant, la résiliation du contrat collectif, est alors soumis aux dispositions réglementaires applicables dans de tels cas. En cas de changement du représentant légal, de numéro d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés, d'adresse, le Souscripteur est tenu d'en informer immédiatement Eovi-Mcd mutuelle.

ARTICLE 3.4 – ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

Le contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à sa date d'effet. En cas de modification de ces dispositions, Eovi-Mcd mutuelle peut procéder à une révision du contrat, au plus tôt à leur date d'effet. Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Les révisions induites par les évolutions et aménagements de la loi du 13 août 2004, relative aux contrats responsables, ne sont pas concernées par les présentes dispositions.

Si les modalités de la révision proposées par Eovi-Mcd mutuelle ne conviennent pas au Souscripteur (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute

nature), ce dernier peut demander la résiliation de son contrat, en le notifiant par lettre recommandée, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la notification des nouvelles conditions. La résiliation interviendra à la fin du trimestre civil suivant la réception par Eovi-Mcd mutuelle de la lettre recommandée.

ARTICLE 4 – ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent contrat et par le tableau descriptif de la garantie choisie.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion. L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le membre participant bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle par le membre participant.

L'adhésion au contrat est annuelle à tacite reconduction. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues au chapitre III des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

ARTICLE 5 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité. Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e) Nom : Prénom : Adresse complète du membre participant : déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat n° et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles. À le / / Signature du membre :

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 6 – LES OBLIGATIONS DÉCLARATIVES DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'engage à la souscription à transmettre à Eovi-Mcd mutuelle :

- la demande de souscription complétée et signée,
- la liste nominative des membres participant
- les bulletins individuels d'adhésion des membres, accompagnés de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie de chaque bénéficiaire jointe à la carte vitale et, le cas échéant, d'un mandat SEPA.

En cours de contrat, le Souscripteur s'engage à informer dans les plus brefs délais et avant trente (30) jours, Eovi-Mcd mutuelle, de la date à laquelle un adhérent ne répond plus aux conditions posées à l'article 8 des présentes Conditions générales valant Notice d'information, des changements de situation familiale concernant les membres participants et ses ayants droit en y joignant les justificatifs correspondants, à informer l'assuré du maintien de sa garantie au titre de la portabilité.

Le Souscripteur transmet dans les plus brefs délais et avant trente (30) jours, les bulletins individuels d'adhésion des nouveaux membres.

Si ce délai n'est pas respecté, la prise d'effet de la garantie ne sera effective qu'au premier jour du mois suivant la réception par Eovi-Mcd mutuelle du bulletin, même si des cotisations ont déjà été versées par le Souscripteur pour les intéressés.

À tout moment, Eovi-Mcd mutuelle se réserve le droit de demander au Souscripteur copie de tout état susceptible de justifier les effectifs membres participants.

ARTICLE 7 – REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION

Le Souscripteur doit remettre à chaque membre participant un exemplaire des Statuts d'Eovi-Mcd mutuelle et présent document valant Notice d'information établie par Eovi-Mcd mutuelle qui définit la garantie du contrat, leur modalité d'entrée en vigueur

ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de remboursement ainsi que toute nullité, échéance, prescription, exclusion ou limitation de garantie.

Le Souscripteur doit informer chaque membre participant, en lui remettant une notice établie à cet effet par Eovi-Mcd mutuelle, de toute modification apportée à leurs droits et obligations. Le membre participant peut, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice d'information, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

En cas de litige, il incombe au Souscripteur d'apporter la preuve qu'il a remis cette Notice d'information et qu'il a communiqué les éventuelles modifications aux membres participants.

ARTICLE 8 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- Le membre participant
- Les ayants droit du membre participant

Les ayants droit du membre participant sont les personnes définies ci-après :

A - Les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité.

B - Les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leur études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement.

C - Les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement.

D - Les ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré ou alliés au même degré du membre participant, vivant sous le toit de celui-ci et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du membre participant.

CHAPITRE II : LES GARANTIES

ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le membre participant et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

ARTICLE 10 – DROIT AUX PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

ARTICLE 11 – LIMITATION

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

ARTICLE 12 – GARANTIES OPTIONNELLES

Si la garantie le prévoit, le membre participant peut choisir des garanties optionnelles « renforts » pouvant être cumulables. Ces garanties optionnelles s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires.

Les garanties optionnelles, si elles sont souscrites au moment de l'adhésion, prennent effet en même temps que la garantie de base. Si elles sont souscrites ultérieurement, leur prise d'effet est fixée au 1^{er} janvier suivant la réception du bulletin modificatif signé, sous réserve que la demande ait été effectuée au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent.

La souscription ultérieure à l'adhésion à la garantie de base donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

ARTICLE 13 – MODIFICATION DE LA GARANTIE

Les modifications de garantie demandées par le Souscripteur ou le membre participant ne peuvent prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Elles doivent alors avoir été demandées par lettre recommandée au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent. Elles s'appliquent à tous les bénéficiaires de la garantie souscrite par le membre participant.

Toutefois, le changement peut intervenir en cours d'année sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'une modification ou d'une adaptation des garanties liée :

- à un changement de Régime obligatoire
- à des prestations légales perçues (par exemple : bénéfice ou perte de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)),
- à la situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, ayants droit n'étant plus à charge, décès)

Il peut également être accepté, à titre dérogatoire, un changement de garantie en cours d'année demandé dans le cadre d'un dossier instruit par le fonds d'action sociale.

La modification doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'événement, accompagnée d'un justificatif du changement de situation. Elle prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de l'avenant au bulletin d'adhésion ou du bulletin d'adhésion modificatif signé.

La modification de garanties donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou à un bulletin modificatif.

ARTICLE 14 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire. Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements réalisés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Grâce aux accords passés avec la caisse de Régime obligatoire (CPAM, MSA, RSI...), celle-ci crédite le compte bancaire ou de Caisse d'épargne du membre participant ou, sur demande de ce dernier, de l'ayant droit, de son remboursement. La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement ou par lettre chèque, à réception du décompte (A) ou de la télétransmission (B) et des factures des professionnels de santé.

A - Décompte : la caisse de Régime obligatoire transmet au membre participant son décompte qu'il doit envoyer à la Mutuelle aux fins de remboursement.

B - Télétransmission (Noémie) : la caisse de Régime obligatoire informe la Mutuelle du remboursement qu'elle vient de verser au membre participant et le signale à ce dernier par une mention portée sur le décompte.

La prise en charge des prestations par la Mutuelle respecte les règles des contrats responsables, notamment le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée qui prévoit un encadrement du remboursement des dépassements d'honoraires (dispositifs OPTAM-OPTAM CO).

ARTICLE 14.1 – TIERS PAYANT

Le membre participant peut bénéficier du tiers payant. Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...), en fonction des accords passés avec la Mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de mutuelle. Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de Régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et en fonction de son niveau de garanties.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de mutuelle pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts. Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au

remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

ARTICLE 14.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS

La Mutuelle informe le membre participant des montants qui lui sont remboursés par l'envoi d'un relevé de prestations. Les informations sont regroupées et portent sur une période de trois (3) mois à partir du jour où la première prestation est réglée au membre participant. Le membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site internet de la Mutuelle ou sur l'application mobile de la Mutuelle.

Toute couverture de risques similaires à ceux garantis par le contrat du membre participant, souscrite auprès de quelque organisme que ce soit, devra obligatoirement être déclarée à la Mutuelle, à quelque moment qu'elle survienne.

ARTICLE 14.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER

Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime français de Sécurité sociale au titre des « soins à l'étranger ». La Mutuelle peut intervenir également en complément d'un régime étranger de Sécurité sociale, soit dans le cadre de l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie, soit dans le cadre de conventions établies entre la France et les pays membres de l'Union Européenne (UE) ou hors UE.

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (actes, achats de produits à l'étranger ou par Internet,...) qui ont pour unique objet la mise en application de forfaits non soumis à prise en charge du Régime obligatoire (forfait lentilles refusées, forfait analyses refusées, forfait dentaire non remboursé,...).

ARTICLE 14.4 – ACCIDENT

La Mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 15 des présentes Conditions générales valant Notice d'information consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun ou du travail. À cet effet, le membre participant doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

Le membre participant couvert pour le même risque, par une autre mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer

la Mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que le membre participant puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire. Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze (15) jours après l'envoi de cette lettre. Le membre participant doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'un organisme d'assurance.

ARTICLE 15 – LES EXCLUSIONS

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- **La participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,**
- **Les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale,**
- **La majoration du ticket modérateur prévue par l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant (exclusion totale ou partielle),**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours de soins coordonné et hors protocole de soins (exclusion totale ou partielle).**

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le Régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les remboursements d'actes, soins, hospitalisations, traitements, opérations ou autres découlant d'un événement caractérisant un cas de force majeure. Constitue un cas de force majeure tout événement imprévisible et irrésistible. Cela comprend notamment : les faits de guerre civile ou étrangère, d'attentats, d'émeutes, d'insurrections,

d'actes de terrorisme, d'interventions dans le cadre d'opérations internationales ; les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux de l'atome ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

Les exclusions s'appliquent à l'ensemble des contrats et ne sauraient faire obstacle aux règles des « contrats responsables ».

CHAPITRE III : LA CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 16 – RÉSILIATION

ARTICLE 16.1 – RÉSILIATION ANNUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, le Membre participant ou le Souscripteur peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance. La résiliation ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année.

Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le Code de la Mutualité ou les présentes Conditions générales valant Notice d'information. Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

ARTICLE 16.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de son employeur impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation du membre participant sera enregistrée et deviendra effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée d'une copie du bulletin de salaire et d'une attestation de l'employeur.

Cette résiliation entraînera la radiation des bénéficiaires.

ARTICLE 17 – RADIATION ET EXCLUSION

ARTICLE 17.1 – RADIATION D'UN MEMBRE PARTICIPANT

La garantie cesse de produire ses effets à la date de radiation du membre participant.

En dehors des personnes concernées par l'article

19 des présentes Conditions générales valant Notice d'information, Eovi-Mcd mutuelle procède à la radiation d'un membre participant

- à la résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou Eovi-Mcd mutuelle,
- en cas de liquidation des droits à la retraite du membre participant,
- en cas de rupture du contrat de travail du membre participant.

La radiation d'un membre participant est effective le dernier jour du mois de l'évènement.

La radiation du membre participant à la garantie à adhésion obligatoire met fin automatiquement aux garanties optionnelles à adhésion facultative.

ARTICLE 17.2 – RADIATION DES AYANTS DROIT

Toute radiation d'un membre participant entraîne automatiquement la radiation par Eovi-Mcd mutuelle de ses ayants droit et, au plus tôt, cette radiation intervient de plein droit à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition des ayants droit, conformément à l'article 8 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Eovi-Mcd mutuelle procède à la radiation annuelle des ayants droit sur demande écrite du Souscripteur, transmise avant le 1^{er} décembre de l'exercice en cours pour une prise d'effet au 31 décembre de ce même exercice.

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année, avec date d'effet le dernier jour du mois de la réception de la demande écrite du Souscripteur, pour les cas suivants :

- perte du bénéfice du Régime obligatoire de l'ayant droit ;
- ayant droit bénéficiaire d'une ouverture de droits à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ;
- adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire ;
- séparation entre l'ayant droit conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité et le membre participant (fournir une attestation sur l'honneur) ;
- divorce entre le conjoint ayant droit et le membre participant, ou lancement d'une procédure devant conduire au divorce, (fournir une copie du livret de famille ou une attestation du greffe du tribunal) ou rupture du pacte civil de solidarité (fournir une attestation du greffe du tribunal ou attestation émanant d'un notaire) ;
- départ d'enfant majeur du foyer ;
- peine privative de liberté.

ARTICLE 17.3 – RADIATION EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet au premier jour du mois suivant le décès sauf application du maintien des droits tel que prévu à l'article 19.2 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle. La carte de mutuelle mentionnant le nom du membre participant ou des ayants droit doit être restituée. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la demande. Elle ouvre droit au remboursement du prorata de cotisation réglé d'avance.

Toute radiation d'un membre participant entraîne automatiquement la radiation par Eovi-Mcd mutuelle de ses ayants droit. En cas de décès du membre participant, la radiation des ayants droit prend effet au premier jour du mois suivant le décès.

ARTICLE 17.4 – EXCLUSION EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions fixés par l'article 24 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

ARTICLE 17.5 – EXCLUSION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la Mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

L'exclusion entraîne la cessation de la garantie, à compter de la date d'exclusion.

ARTICLE 18 – DATE D'EFFET DE LA CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion. Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent, n'est prise en charge par la Mutuelle.

Le Souscripteur est responsable de la restitution à Eovi-Mcd mutuelle de la carte de mutuelle. Eovi-Mcd mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre toute personne ayant utilisé frauduleusement une carte de mutuelle, sans préjudice du paiement des cotisations correspondant à la période écoulée entre la radiation et la dernière utilisation frauduleuse.

ARTICLE 19 – LES MAINTIENS DE LA GARANTIE SANTÉ

ARTICLE 19.1 – MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE

Eovi-Mcd mutuelle maintient la garantie du contrat aux membres participants, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Bénéficiaires du maintien

Peuvent bénéficier du présent maintien les membres participants, déclarés selon les modalités du paragraphe « Modalités d'information », qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Eovi-Mcd mutuelle n'accorde pas le maintien :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à la présente couverture complémentaire n'étaient pas ouverts par le membre participant chez le Souscripteur au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par le membre participant s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ce derniers étaient couverts au titre du présent contrat.

Les garanties maintenues au bénéfice du membre participant sont celles en vigueur dans l'entreprise du souscripteur.

Prise d'effet et durée du maintien

Eovi-Mcd mutuelle maintient la garantie du contrat à compter de la date de cessation du contrat de travail et, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois

Le Souscripteur doit impérativement informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du membre participant.

Toutefois, le membre participant a la possibilité de renoncer audit maintien. Dans ce cas, cette renonciation sera définitive, concernera l'ensemble des prestations garanties et devra être notifiée expressément au Souscripteur par écrit, dans les dix (10) jours suivant la date de rupture du contrat de travail.

Cessation du maintien de la garantie

Eovi-Mcd mutuelle cesse le maintien de la garantie à la survenance du premier de ces événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe ci-dessus,
- au jour où le membre participant trouve un nouvel

emploi entraînant la fin de la prise en charge par le régime d'assurance chômage ou liquide ses droits à pension de retraite,

- à la date à laquelle le membre participant cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Avant ce terme et sauf en cas de mise en liquidation judiciaire du Souscripteur, Eovi-Mcd mutuelle peut interrompre le maintien :

- à la date de suspension de la garantie du contrat en cas de non-paiement des cotisations par le membre participant,
- à la date de résiliation du contrat collectif ;
- en cas de manquement du bénéficiaire à justifier auprès d'Eovi-Mcd mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront toutefois demander, dans les six (6) mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 conformément à l'article 19.2 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Modalités d'information

Le Souscripteur signale, au membre participant, le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe Eovi-Mcd mutuelle de la cessation du contrat de travail.

Cotisation

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation pour les membres participants et leurs ayant droit qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Évolution législative

Nonobstant les prévisions des conditions générales et particulières, les dispositions relatives au maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (durée, financement, etc.) seront automatiquement adaptées conformément aux obligations mises à la charge de l'employeur et d'Eovi-Mcd mutuelle par la réglementation applicable.

ARTICLE 19.2 – MAINTIEN DE LA GARANTIE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN

Eovi-Mcd mutuelle assure le maintien d'une couverture santé identique à celle choisie par le Souscripteur dans le cadre du contrat collectif au profit :

- des membres participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve

que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de la garantie au titre de l'article 19.1 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

La Mutuelle est tenue d'informer les membres participants répondant à ces critères.

- des ayants droit (tels que précisés à l'article 8) des membres participants décédés, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du premier jour du mois suivant le décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

La demande de maintien de couverture à donner lieu à une nouvelle souscription à titre individuel et facultatif. Les tarifs appliqués en cas de maintien de couverture ne dépassent pas les limites prévues par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.

Le maintien de couverture prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par Eovi-Mcd mutuelle, sauf dans le cas de décès du membre participant ou le maintien de couverture prend effet au premier jour du mois suivant celui du décès.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 20 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation est déterminé pour chaque bénéficiaire de la garantie. Le montant peut, selon la garantie souscrite, varier :

- En fonction du Régime obligatoire des bénéficiaires,
- Du lieu de résidence des bénéficiaires ou de l'entreprise,
- De la composition familiale et de l'âge des membres,
- De la durée d'appartenance des bénéficiaires à la Mutuelle

La variation du montant de la cotisation due à l'âge des membres est faite annuellement au 1^{er} janvier. L'âge est calculé par différence de millésime.

La cotisation peut éventuellement être majorée, dans les limites et plafonds fixés par l'Assemblée générale de la Mutuelle, notamment de frais de gestion et/ou de télétransmission, ainsi que des taxes et contributions auxquelles doit se soumettre la Mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis, l'adhésion prend effet dans les conditions prévues à l'article 4 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

ARTICLE 21 – FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations est annuel. Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée générale

de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-11 du Code de la mutualité.

Le montant des cotisations est révisé chaque année en fonction de l'âge, du taux d'augmentation général fixé par le Conseil d'administration qui s'appuie notamment sur l'évolution des remboursements des régimes obligatoires, de l'évolution de la législation ou de la réglementation.

Les modifications apportées au montant des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participant.

ARTICLE 22 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

ARTICLE 22.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3ÈME ENFANT

Si la garantie le prévoit, la gratuité de cotisation concerne le 3ème enfant de moins de vingt-cinq (25) ans, et les suivants, couvert(s) par le contrat du membre participant.

ARTICLE 22.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ

Si la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation de l'enfant pour une durée de douze (12) mois. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant, sous peine de forclusion.

ARTICLE 22.3 – GARANTIE « ASSISTANCE » ET « SERVICE AUX PERSONNES »

Les membres participant et leurs ayants droit bénéficient de prestations « Assistance » et « Service aux personnes » décrites dans l'annexe dédiée à cette garantie « Assistance ».

ARTICLE 23 – PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable mensuellement, semestriellement ou trimestriellement. La date, le mode, le terme et la périodicité du paiement des cotisations sont définies au bulletin d'adhésion.

Le versement mensuel de la cotisation est réservé aux membres participants souhaitant effectuer un règlement par prélèvement sur leur compte bancaire.

Hors prélèvements, les cotisations sont exigibles :

- Au 1^{er} janvier : pour les règlements annuels,
- Au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet pour les règlements semestriels,
- Au 1^{er} janvier, au 1^{er} avril, au 1^{er} juillet et au 1^{er} octobre pour les règlements trimestriels.

ARTICLE 24 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précité.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 25 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION

La garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé

par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 26- RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser au service en charge des réclamations de la Mutuelle notamment par courrier à l'adresse suivante : 353 boulevard du Président Wilson - CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des présentes Conditions Générales valant Notice d'information, le membre participant peut demander l'avis du médiateur de la Mutuelle.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un membre participant, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction, fondé(s) ou non. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception. Une réponse définitive sera apportée au membre participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails, fax) et portant sur des situations individuelles. Y compris les réclamations rédigées par le membre participant sur le formulaire spécifique qui sera mis à sa disposition (remise de la main à la main en agence ou envoi par la plate-forme).

Ce formulaire sera également disponible sur le site internet de la Mutuelle et pourra être téléchargé par le membre participant

ARTICLE 27 – MÉDIATION

En cas de difficulté née de l'exécution ou de l'application du contrat et pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser directement à la Mutuelle en contactant le service en charge des réclamations au 353 boulevard du Président Wilson - CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex, afin d'envisager une résolution du litige destinée à satisfaire les deux parties.

En cas de désaccord, et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la Mutuelle, le membre participant peut demander l'avis du médiateur en s'adressant à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15 ou par mail à l'adresse : mediation@mutualite.fr

ARTICLE 28 – FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être adressées à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins ou de facture.

Pour la gratuité nouveau-né et enfant adopté, ce délai est ramené à trois (3) mois à compter de la naissance ou de l'adoption.

ARTICLE 29 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le présent Règlement est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du Code civil :
 - reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
 - demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
 - mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,
 - acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 30 – SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables. Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

D'autre part, la Mutuelle est subrogée pour la récupération, auprès des organismes obligatoires, des parts légales avancées par elle pour le compte de ses membres participants et de leurs ayants droit par la pratique du tiers payant.

ARTICLE 31 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE

Le contrôle médical est assuré par les médecins consultants de la Mutuelle. Ils peuvent être en même temps conseils pour les caisses de Sécurité sociale. Pour exercer ce contrôle, le médecin consultant s'entendra avec les praticiens et devra s'en tenir aux règles de la déontologie médicale. Les membres participants s'engagent expressément à ne faire aucun obstacle au double contrôle médical et technique.

ARTICLE 32 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut demander à tout moment communication et rectification des informations le concernant figurant sur les fichiers à l'usage de la Mutuelle, en s'adressant au siège de la Mutuelle.

Pour la réalisation de l'objet défini à l'article 1 des présentes Conditions générales valant Notice d'information, la Mutuelle peut mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier, directement ou par recoupement, ses adhérents actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français.

Ce traitement a été préalablement déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et répond aux caractéristiques ci-dessous :

a) Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des adhérents potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des

primes ou cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apériteur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.

b) L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux adhérents ou bénéficiaires des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

c) Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat, ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle.

d) La Mutuelle informera les adhérents lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

Il est rappelé que l'adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au siège de la Mutuelle. Le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à deux mois, conformément à l'article 94 du décret du 20 octobre 2005. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

ARTICLE 33 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, Eovi-Mcd mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander au Souscripteur toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat collectif ou à sa modification.

ARTICLE 34 – FONDS D'ACTION SOCIALE

ARTICLE 34.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

ARTICLE 34.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

ARTICLE 34.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement par l'Assemblée générale.

ARTICLE 34.4 – NATURE DES AIDES

Les actions sociales concernent les domaines suivants :

- Les aides aux prestations sanitaires et sociales : Soins ambulatoires (dentaire, optique, prothèses auditives, frais d'appareillage, hors nomenclature), hospitalisation (forfait journalier, dépassements chirurgicaux, chambre particulière), social (frais de transport, travaux d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, séances d'ergothérapie, matériel spécifique, aide à domicile, frais d'accompagnant, frais d'hébergement), divers (frais d'obsèques, autres).
- Les aides exceptionnelles répondant à des situations particulièrement graves vécues par les adhérents.

ARTICLE 35 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.

