



Président : P.J.LUCIANI

**MCM Corse**  
Mutuelle Chirurgicale Médicale Corse

*mutuelles du soleil*

Mutuelle Chirurgicale et Médicale Corse - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 333 173 128  
Siège social : Immeuble Le Rond Point - 2, avenue de la Grande Armée - 20000 AJACCIO  
Tél : 04 95 22 63 13 - Fax : 04 95 22 68 69  
Mutuelle substituée par Mutuelles du Soleil Livre II, substituante, SIREN : 782 395 511,  
sise 36, 36 Bis avenue Maréchal Foch CS 91296 - 06005 Nice Cedex 1

**MCM Corse**

Livre II du Code de la Mutualité

# Règlement mutualiste

*Valant notice d'information*

**Contrats  
individuels**

**Applicable au  
1<sup>er</sup> janvier 2019**

**Numéro SIREN  
333 173 128**

**Validé par le conseil d'administration du  
16 novembre 2018**

Immeuble Le Rond Point  
2, avenue de la Grande Armée  
20000 AJACCIO

## SOMMAIRE

<b>Préambule</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : OBJET DU REGLEMENT ET CONDITIONS D'ADHESION AU REGIME SANTE</b> .....	<b>4</b>
Article 1 - Objet et modification du règlement .....	4
Article 2 - Définitions .....	4
Article 3 - Conditions d'adhésion au régime.....	4
Article 4 - Informations préalables et Formalités d'adhésion .....	4
Article 5 - Garantie technique et financière du régime santé.....	4
<b>CHAPITRE 2 : EFFET, DUREE, DENONCIATION DE L'ADHESION, SUSPENSION</b> .....	<b>4</b>
Article 6 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion .....	4
Article 7 - Dénonciations - Résiliations et Suspension de l'adhésion.....	5
7.1 - La dénonciation du fait du sociétaire .....	5
7.2 - La dénonciation prononcée par MCM CORSE .....	5
7.3 - Résiliations exceptionnelles en cours d'année .....	5
7.4 - Résiliations dérogatoires.....	5
7.5 - Demande de résiliation en cas de renouvellement ou d'obtention de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).....	5
7.6 - Suspension.....	5
<b>CHAPITRE 3 : GARANTIES DU RÉGIME</b> .....	<b>6</b>
Article 8 - Définition des garanties .....	6
8.1 - Prestations en réassurance .....	6
8.2 - Prestations à titre accessoire .....	6
8.3 - Intermédiation.....	6
Article 9 - Radiation des ayants droit .....	7
9.1 - Cadre général.....	7
9.2 - Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant.....	7
Article 10 - Etendue des garanties, option contractuelle et changement d'option.....	7
10.1 - Cadre général des prestations .....	7
10.2 - Soins à l'étranger .....	7
10.3 - Cas particulier des Actes de prévention .....	7
10.4 - L'option contractuelle choisie par le sociétaire s'exerce dans le cadre de l'année civile. ....	7
10.5 - Changement d'option contractuelle avec possibilité de rétroactivité .....	7
Article 11 - Disciplines Médico-Tarifaires .....	7
Article 12 - Risques non garantis.....	7
Article 13 - Respect de la Charte des contrats responsables .....	8
13.1 - Prestations non couvertes par les contrats responsables.....	8
13.2 - Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables.....	8
Article 14 - Prise d'effet des garanties .....	8
Article 15 - Règlement des prestations .....	8
Article 16 - Conditions de remboursement.....	9
16.1 - Cadre général.....	9
16.1.1 En cas de télétransmission.....	9
16.1.2 Hors cas de télétransmission.....	9
16.2 Principe de compensation des créances réciproques.....	9
<b>CHAPITRE 4 : COTISATIONS</b> .....	<b>9</b>
Article 17 - Paiement des cotisations.....	9
Article 18 - Modification des cotisations et changement de tranche d'âge.....	9
Article 19 - Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) : offre Atout Cœur Santé.....	9
<b>CHAPITRE 5 : DROIT A L'ASSURANCE</b> .....	<b>10</b>
Article 20 - Ouverture et terme du droit à l'assurance .....	10
<b>CHAPITRE 6 : DECLARATIONS ET ENGAGEMENTS DU SOCIETAIRE</b> .....	<b>10</b>
Article 21 - Engagements du sociétaire .....	10
Article 22 - Subrogation.....	10

Article 23 - Pluralité d'assurance .....	10
<b>CHAPITRE 7 : CONTROLE, FORCLUSION ET PRESCRIPTION .....</b>	<b>10</b>
Article 24 - Contrôle .....	10
Article 25 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte du sociétaire .....	10
25.1 - Fraude ou fausse déclaration intentionnelle du sociétaire.....	10
25.2 - Omission ou déclaration inexacte du sociétaire.....	10
Article 26 - Prescription et forclusion .....	10
<b>CHAPITRE 8 : DIVERS.....</b>	<b>11</b>
Article 27 - Autorité chargée du contrôle.....	11
Article 28 - Informatique et liberté.....	11
Article 29 - Réclamation - Médiation de la consommation.....	11
Article 30 - Collecte des données téléphoniques .....	11

---

---

## Préambule

MCM Corse, personne morale de droit privé à but non lucratif soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 333.173.128, est substituée depuis le 1er janvier 2019 par Mutuelles du Soleil Livre II, mutuelle régie par le Code de la mutualité, dont le numéro SIREN est le n° 782.395.511, dont le numéro LEI est le 969500A45CJVFD0G8R17 et dont le siège social est situé à NICE (06000), 36-36 bis, avenue Maréchal Foch.

Au titre de la convention de substitution en vigueur depuis le 1er janvier 2019, Mutuelles du Soleil Livre II, Substituante, substitue intégralement MCM Corse, Substituée, pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la cédante et à leurs ayants-droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2 dans les conditions prévues aux dispositions de l'article L.211-5 du Code de la mutualité et de l'article R.211- 22 du même Code.

### **CHAPITRE 1 : OBJET DU REGLEMENT ET CONDITIONS D'ADHESION AU REGIME SANTE**

#### **Article 1 - Objet et modification du règlement**

Le présent règlement est régi par les dispositions du Livre II du code de la mutualité. Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant (sociétaire) et MCM CORSE en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le règlement est approuvé par le conseil d'administration.

Le présent règlement détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel santé ayant pour objet de faire bénéficier les assurés relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie, du remboursement de leurs frais de dépenses de santé, complémentairement à leur régime de base.

Les dispositions d'application dudit Code ainsi que les dispositions légales et réglementaires non prises en compte dans le présent règlement en raison de leur date de parution s'appliqueront de plein droit, dès lors qu'elles auront un caractère d'ordre public.

Elles feront l'objet ultérieurement d'adaptation par le Conseil d'Administration de la mutuelle.

Les modifications du règlement sont approuvées par le Conseil d'Administration Générale et portées à la connaissance des membres participants et honoraires par une mise à disposition permanente sur le site de la Substituante [www.mutuellesdusoleil.fr](http://www.mutuellesdusoleil.fr). Elles s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès cet instant.

Elles sont disponibles sur le site internet de la substituante [www.mutuellesdusoleil.fr](http://www.mutuellesdusoleil.fr) et sur simple demande, à l'Agence de MCM CORSE.

#### **Article 2 - Définitions**

- Adhérent : la personne signataire du bulletin individuel d'adhésion, membre de MCM CORSE et acquittant les cotisations. L'adhérent est dénommé ci-après le sociétaire ;
- Ayant-droit : la personne dénommée par les statuts de MCM CORSE, et bénéficiant des garanties du régime à la demande de l'adhérent ;
- Assuré : la personne exposée aux événements garantis par le régime ;
- Bénéficiaire : le Sociétaire lui-même et/ou le(les) ayants-droit, habilités à percevoir les prestations garanties ;
- Délai de stage : Période au cours de laquelle l'assuré ne peut bénéficier de la prestation ;
- Plafond de garantie : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un sociétaire ou un assuré durant une période contractuellement déterminée ;
- Limite de garantie : durée ou montant maxima d'indemnisation, dans le cadre d'une année civile ou durant une période contractuellement déterminée ;
- Forfait : montant ou taux invariable, alloué à l'occasion de certaines dépenses dans le cadre d'une année civile ou durant une période contractuellement déterminée.

#### **Article 3 - Conditions d'adhésion au régime**

L'adhésion est réservée aux personnes affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie, âgées d'au moins seize (16) ans, quelle que soit leur catégorie socioprofessionnelle.

#### **Article 4 - Informations préalables et Formalités d'adhésion**

Conformément à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité, MCM CORSE, pour les opérations individuelles prévues au II de l'article L. 221-2, remet au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement ou une fiche d'information sur le règlement qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques ainsi que tout autre document le cas échéant.

Le futur membre participant peut également consulter librement les statuts et règlements de MCM CORSE au Siège Social de la Mutuelle et sur le site Internet de la Mutuelle : [www.mutuellesdusoleil.fr](http://www.mutuellesdusoleil.fr). L'article L.221-4 du Code de la Mutualité prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise de ces documents ainsi que le délai qui doit être écoulé entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin individuel d'adhésion sur lequel le sociétaire mentionne l'option de la garantie choisie. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des obligations définies par les présents règlements. A l'adhésion, le Sociétaire ainsi que ses ayants-droit désignés sur le bulletin d'adhésion acquièrent la qualité d'assuré.

#### **Article 5 - Garantie technique et financière du régime santé**

Le présent régime bénéficie de la garantie technique et financière de Mutuelles du Soleil Livre II, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, dont le numéro SIREN est le 782 395 511.

### **CHAPITRE 2 : EFFET, DUREE, DENONCIATION DE L'ADHESION, SUSPENSION**

#### **Article 6 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion**

L'engagement contractuel de l'adhérent est donné pour l'année civile complète. L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties, au plus tôt, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande d'adhésion.

L'adhésion à MCM CORSE est matérialisée par l'envoi d'une carte de sociétaire mentionnant notamment l'identité des personnes assurées, la date d'effet de l'adhésion et la garantie souscrite.

A l'adhésion, un délai de stage d'une durée d'un (1) mois est appliqué (contrats responsables exclus). Le contrat vient à expiration le 31 décembre et se renouvelle ensuite annuellement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de dénonciation suivant les modalités prévues à l'article 7.

En application de la Loi Châtel N° 2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L 221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion sera rappelé à chaque avis d'échéance annuelle.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

## **Article 7 - Dénonciations - Résiliations et Suspension de l'adhésion**

### **7.1 - La dénonciation du fait du sociétaire**

La dénonciation du fait du Sociétaire doit être opérée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant la fin de l'année civile, date d'expiration de l'adhésion.

Ce délai est ramené à un (1) mois en cas de modification du régime.

### **7.2 - La dénonciation prononcée par MCM CORSE**

La dénonciation peut être prononcée par MCM CORSE :

- En cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions et avec les effets prévus à l'article 15;
- En cas de nullité de l'assurance, dans les conditions et avec les effets prévus à l'article 23.

### **7.3 - Résiliations exceptionnelles en cours d'année**

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, lorsque les conditions statutaires liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties, lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. L'adhérent peut, sur présentation d'un justificatif, demander la résiliation du contrat, en cours d'année.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation.

La dénonciation prend effet le premier jour du mois suivant la date de la notification de la résiliation par l'assuré.

La mutuelle rembourse à l'adhérent la fraction de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation et déduction faite des prestations éventuellement servies dans le respect du principe de compensation des créances réciproques prévu à l'article 16.2.

Cependant, lorsqu'un ayant droit conserve le contrat (ayant droit majeur), la portion de cotisation générant un avoir pourra être maintenue au crédit du compte cotisant.

La partie qui fait la demande de résiliation doit produire toutes pièces justificatives au soutien de son action par lettre recommandée avec avis de réception adressée à MCM Corse. Elle doit démontrer que le fait invoqué constitue, dans la situation nouvelle, une circonstance pénalisante eu égard aux avantages ouverts par la garantie souscrite.

Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge de frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

### **7.4 - Résiliations dérogatoires**

En dérogation avec l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, MCM CORSE pourra accorder la résiliation du contrat individuel en cours d'année :

- Aux bénéficiaires de la CMU-C,
- En cas de décès de l'adhérent,
- En cas d'adhésion à un contrat obligatoire.

Concernant les résiliations motivées par une adhésion à un contrat collectif obligatoire, le membre participant devra en faire la demande à MCM CORSE par courrier recommandé avec accusé de réception, accompagné de son dernier bulletin de paie sur lequel apparaît la participation au contrat collectif obligatoire et une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire du régime de complémentaire santé mis en place dans son entreprise.

Le membre participant pourra également demander la résiliation de son contrat individuel en cours d'année pour ses ayants droit, s'il prouve que le contrat collectif obligatoire dont il bénéficie est un contrat collectif obligatoire famille.

Si la demande de radiation pour adhésion à un contrat collectif obligatoire accompagnée des pièces justificatives susvisées est adressée dans les deux (2) mois suivant l'adhésion obligatoire, la radiation du contrat de MCM CORSE sera effective au 1<sup>er</sup> jour de l'adhésion obligatoire, sous réserve que le membre participant rembourse les prestations qui lui auront été éventuellement servies pendant la période non couverte.

Si la demande de radiation pour adhésion à un contrat collectif obligatoire est adressée complète plus de deux (2) mois après l'adhésion obligatoire, la radiation du contrat de MCM CORSE sera effective le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande de radiation complète.

### **7.5 - Demande de résiliation en cas de renouvellement ou d'obtention de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)**

- Dans le respect des dispositions de l'article L 863-4-1 du Code de la sécurité sociale, lorsqu'un membre participant obtient le bénéfice de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) prévue par l'article L. 863-2 du Code de la Sécurité Sociale, il bénéficie, à sa demande :  
Soit de la résiliation totale de la garantie initialement souscrite auprès de la Mutuelle, Cette résiliation intervient au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 de la Sécurité Sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, modifié par la Loi n° 2014-892 du 08/08/2014 ; Soit de la modification du contrat initialement souscrit en un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifié par la Loi n° 2014-892 du 08/08/2014. Les cotisations afférentes au contrat sont remboursées par La Mutuelle, au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Cette période est calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Le remboursement des sommes visées et la prise en compte de la résiliation sont soumis à l'obligation préalable de restituer toutes les cartes de Tiers Payant délivrées par la Mutuelle. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte ayant entraîné la prise en charge des frais par la Mutuelle, il s'opère une compensation entre les dettes réciproques. La Mutuelle opère de plein droit une retenue qui tient compte des prestations versées ou à honorer, le cas échéant.

### **7.6 - Suspension**

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations en cas de mobilisation, de captivité ou d'incarcération ou de départ à l'étranger. Il n'a pas de ce fait, droit aux avantages accordés par la Mutuelle pendant cette période.

Toutefois, les bénéficiaires d'un membre participant mobilisé, incarcéré, en captivité ou à l'étranger ont la possibilité de rester adhérents à la Mutuelle comme membres participants, de cotiser et de bénéficier ainsi des avantages de la mutuelle.

Le contrat sera suspendu sur production de tous justificatifs, dans les trois (3) mois suivant l'un des événements susvisés. La suspension interviendra le 1<sup>er</sup> jour de l'événement considéré. Le membre participant qui a été mobilisé, retenu en captivité ou incarcéré ou de retour de

l'étranger bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la mutuelle pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires dans un délai de trois (3) mois.

### **CHAPITRE 3 : GARANTIES DU RÉGIME**

#### **Article 8 - Définition des garanties**

Les garanties constituent les prestations donnant lieu à remboursement, conformément à l'option contractuelle souscrite.

L'option contractuelle peut couvrir les catégories de risques visés ci-après :

##### **8.1 - Prestations en réassurance**

Ce sont les garanties couvertes par les branches "maladie et accident" et toutes leurs sous branches, cédées en réassurance.

Hospitalisation chirurgicale

L'hospitalisation chirurgicale couvre le ticket modérateur relatif à l'ensemble des frais occasionnés par une intervention chirurgicale en établissement public ou privé agréé par la Sécurité Sociale.

Hospitalisation chirurgicale et médicale

L'hospitalisation chirurgicale et médicale couvre le ticket modérateur prévu pour l'hospitalisation chirurgicale et en outre, tous les frais liés à une hospitalisation médicale en établissement public ou privé agréé par la Sécurité Sociale, à l'exclusion des séjours en établissement spécialisés (préventorium, sanatorium, maison de repos, de convalescence, colonie sanitaire, aérium, maison d'enfant, centre médical psychopédagogique, institut médico-pédagogique, établissement de maladies nerveuses et mentales, rééducation, réadaptation, thalassothérapie, gérontologie, cure avec ou sans hospitalisation, centre de diététique, moyens séjours...)

Médocochirurgical

Le Médocochirurgical couvre en fonction de l'option contractuelle et le cas échéant dans les limites du plafond de garantie, tout ou partie du ticket modérateur correspondant aux frais liés à :

- L'hospitalisation chirurgicale et médicale,
- L'hospitalisation médicale en établissement spécialisé, ,
- Aux soins de ville, aux soins externes, aux actes en K et KC, à la pharmacie, aux consultations et visites, aux cures thermales, au dentaire, à l'orthodontie, à l'optique, aux auxiliaires médicaux, au transport, à la radiologie, à la biologie, ainsi qu'aux prothèses auditives et orthopédiques,

Il couvre également en fonction de l'option contractuelle et le cas échéant dans la limite des plafonds de garantie et des délais de stage:

- Tout ou partie de certaines dépenses refusées par la sécurité sociale

Les remboursements sont basés sur les tarifs de responsabilité des régimes obligatoires d'assurance maladie. Les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité des régimes obligatoires d'assurance maladie sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins.

Les remboursements ayant comme base le plafond de sécurité sociale, s'entendent plafond mensuel à la date des soins.

Pour ces trois (3) catégories de risques, la mutuelle couvre également, les garanties suivantes :

Forfait journalier

Il est remboursé à hauteur du tarif en vigueur, dans les limites prévues par l'option contractuelle. Pour les sociétaires inscrits à la seule garantie chirurgie, le forfait journalier ne sera servi que pour les hospitalisations chirurgicales.

Chambre particulière

Les séjours sont indemnisés dans les limites prévues par l'option contractuelle. La durée de prise en charge est déterminée par année civile suivant les Disciplines Médico-Tarifaires (DMT) et les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) précisées à l'article 11.

Frais d'accompagnement des enfants de moins de 16 ans

En fonction de l'option contractuelle et dans les limites prévues par celle-ci, la mutuelle prend en charge, le séjour de l'accompagnant, si l'hospitalisé est un enfant de moins de 16 ans.

Garanties Labellisées :

Garanties dédiées aux fonctionnaires territoriaux peuvent faire l'objet de subventions des collectivités territoriales.

Ces garanties respectent le cahier des charges des contrats responsables tel que défini par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale et induisent la gratuité des cotisations à partir du 4<sup>ème</sup> enfant. De plus, conformément aux dispositions de l'article 28 du décret n° 2011-1474 et de l'article 4 de l'arrêté n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, une majoration est appliquée sur les cotisations de ces garanties en cas d'adhésion tardive.

##### **8.2 - Prestations à titre accessoire**

Ce sont les garanties constituant le prolongement du contrat d'assurance de par leur nature et représentant une faible part de l'ensemble des cotisations de l'activité d'assurance. Selon les garanties il pourra s'agir de :

- Forfait Cure thermale : sur présentation de factures acquittées d'hébergement et/ou de frais de transport.  
Dans le cas où les adhérents ont utilisé leur propre véhicule, le calcul se fera sur la base du barème fiscal de référence et sur présentation d'une copie de la carte grise du véhicule utilisé (au nom de l'adhérent), d'une attestation de cure (date de début et date de fin) et du décompte de l'organisme d'assurance maladie obligatoire.;
- Forfait Appareillage ;
- Forfait Lentilles cornéennes (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale) ;
- Forfait Acoustique ;
- Forfait Contraception ;
- Forfait Fécondation in vitro ;
- Forfait Participation aux frais d'accouchement
- Forfait Densitométrie ;
- Forfait Bien-être (selon le contenu de la garantie choisie et sur présentation d'une facture acquittée du professionnel de santé mentionnant un numéro de rattachement) : Ostéopathie (numéro ADELI ou diplômé FERO), Etiopathie (numéro d'inscription au registre national des étiothérapeutes Chiropractie), Homéopathie (numéro FINESS ou RPS), Acupuncture (séance pratiquée par un médecin, un dentiste ou une sage-femme uniquement et avec un numéro FINESS ou RPS), Pédicure (Numéro ADELI) ;
- Forfait Diététique ;
- Forfait Sevrage tabagique ;
- Forfait Vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire

##### **8.3 - Intermédiation**

Conformément aux dispositions des articles L.116-1 et suivants du Code de la Mutualité, la mutuelle peut proposer des garanties dont le risque est porté par un autre organismes, dont la garantie « Frais d'obsèques » assurée par Mutuelles du Soleil Livre II.

## **Article 9 - Radiation des ayants droit**

### **9.1 - Cadre général**

A chaque échéance annuelle, en envoyant sa demande au moins un (1) mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prendra effet l'année suivante, au moment du renouvellement du contrat soit le 1<sup>er</sup> janvier.

En cours d'année, dans certains cas exceptionnels et sur justificatif(s), le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droits. La résiliation du bénéficiaire ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation. Cette radiation prendra effet au plus tôt le lendemain de la demande. Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la mutuelle les cartes de tiers payant en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la radiation d'un de ses ayants droit.

### **9.2 - Cas particulier des ayants droit séparés du membre participant**

Dans certains cas exceptionnels, l'ayant droit majeur séparé du membre participant, peut demander sa radiation sur présentation des justificatifs afférents à sa situation. Cette radiation exceptionnelle aura lieu au plus tôt le lendemain de la demande et sera signalée par écrit au membre participant. L'ayant droit majeur radié dans ce cadre devra restituer sa carte de tiers payant à MCM CORSE et informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance de frais.

## **Article 10 - Etendue des garanties, option contractuelle et changement d'option**

### **10.1 - Cadre général des prestations**

Le service des prestations est assuré pour les bénéficiaires d'une garantie souscrite auprès de MCM Corse, pour les seules affections dont les soins interviennent après expiration des stages prévus aux présents règlements et dans le respect de l'article 8 du présent règlement.

Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur. Ainsi, MCM Corse intervient en complément des prestations servies par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués en annexe du présent règlement, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe.

Les prestations garanties par MCM Corse sont assurées dans les conditions suivantes :

- Seuls les frais médicaux, chirurgicaux et prestations supplémentaires dont la date des soins correspond à l'ouverture des droits à la garantie peuvent donner lieu à une prise en charge par MCM Corse.
- Pour les cures thermales, la prise en charge du ticket modérateur sera accordée pour les soins ainsi que pour l'hébergement et le transport, uniquement en cas d'accord du régime d'assurance maladie obligatoire.
- En cas de refus de prise en charge de l'hébergement et du transport par le régime d'assurance maladie obligatoire, ces derniers ne feront l'objet d'aucun remboursement de la part de MCM Corse.

En France, les membres participants ont le libre choix du praticien parmi ceux inscrits au tableau de l'ordre des médecins, ainsi que de l'établissement de soins parmi ceux agréés par la Sécurité Sociale. Toutefois, la gratuité des soins ne s'étend aux différents éléments du tarif de responsabilité que si ce dernier résulte de conventions signées entre la Sécurité Sociale, le corps médical et les établissements de soins dont la liste est tenue à la disposition des membres participants auprès des caisses primaires d'assurance maladie.

Dans le respect des dispositions de l'article L 332-3 du Code de la sécurité sociale, lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les membres participants seront indemnisés par MCM Corse sur production de justificatifs après participation des organismes d'assurance maladie obligatoires, sur la base tarifaire prévue par la législation française.

### **10.2 - Soins à l'étranger**

L'article L332-3 du Code de la sécurité sociale dispose que « sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L766-1 du Code de la sécurité sociale, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies. Toutefois, un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe énoncé ci-dessus dans le cas où :

- L'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen
- Lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état.

Dans le respect de cet article, lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les soins effectués dans un autre pays ne seront remboursés qu'après remboursement de l'organisme obligatoire. Tous les soins hors nomenclature ou les dépassements d'honoraires effectués à l'étranger ne seront pas pris en charge par MCM Corse.

### **10.3 - Cas particulier des Actes de prévention**

Les garanties responsables, proposées par MCM Corse, prennent en charge à hauteur du ticket modérateur (TM), la participation des membres participants, pour les actes de prévention pris en charge par le régime d'assurance maladie.

### **10.4 - L'option contractuelle choisie par le sociétaire s'exerce dans le cadre de l'année civile.**

Le sociétaire peut solliciter un changement d'option, parmi les formules en vigueur au moment de la demande, au moins deux (2) mois avant la fin d'un exercice civil.

Le changement d'option doit concerner la formule la plus proche de l'option en cours.

Toutefois, le sociétaire peut opter pour le changement de son choix dans les deux mois suivant l'événement dans les cas suivants :

- Lorsque la demande d'une option inférieure est justifiée par une situation particulière telle que chômage, décès, exonération du ticket modérateur, divorce, baisse de revenus,
- Lorsque la demande d'une option supérieure est justifiée par l'adjonction d'un bénéficiaire

La nouvelle option prend effet le premier jour du mois suivant la notification du changement.

### **10.5 - Changement d'option contractuelle avec possibilité de rétroactivité**

En cas de naissance d'un enfant, la date d'effet de son adhésion est celle de sa naissance, sous réserve que MCM soit en possession du bulletin d'adhésion signé, dans les deux mois suivant l'événement.

L'adjonction de l'enfant s'opère dans le produit actif au moment de la naissance.

## **Article 11 - Disciplines Médico-Tarifaires**

Les Disciplines Médico-Tarifaires (DMT) et Groupes Homogènes de Séjours (GHS) sont pris en charge par « la mutuelle » suivant la nature d'hospitalisation.

## **Article 12 - Risques non garantis**

Les actes, soins et dépenses non prévus ou limités par l'option contractuelle souscrite par le sociétaire ou dispensés pendant les périodes de stage et de suspension.

Risques exclus:

- Les actes, les soins, les dépenses concernant les événements antérieurs à la date d'acquisition de la qualité d'assuré au titre du présent régime et/ou à la date d'ouverture des droits à la garantie
- Toute dépense de soins qui est la conséquence directe ou indirecte d'un fait intentionnel de l'assuré,
- Les actes, les soins, les pratiques médicales, non-inscrits à la nomenclature du régime obligatoire d'assurance maladie,

Sont également hors du champ d'application des garanties de complémentaire santé :

- Les séjours dans les établissements médicaux-sociaux mentionnés à l'article L 174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6° de I de l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles tels que :
  - o Les unités ou centres de soins longue durée ;
  - o Les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou aide à l'insertion sociale comme les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- Les soins consécutifs à la recherche d'un but esthétique ou de rajeunissement, sauf si le membre participant justifie d'une prise en charge par son régime d'assurance maladie obligatoire ;
  - o Les interventions consécutives à des malformations congénitales et leurs complications sauf si l'adhérent justifie d'une prise en charge par son régime d'assurance maladie obligatoire

Risques conditionnés à l'accord de prise en charge de la mutuelle et à l'avis favorable du régime obligatoire d'assurance maladie:

- Le ticket modérateur pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- Le ticket modérateur pour toute hospitalisation en secteur spécialisé,
- Le forfait journalier dans la limite de l'option contractuelle (Attention ! Pour les contrats responsables le forfait journalier est illimité et sans période de stage).

### Article 13 - Respect de la Charte des contrats responsables

En application des dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale tel que modifié par la loi n°2014-892 du 8 août 2014 et de son décret d'application n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 les garanties responsables doivent respecter un cahier des charges strict défini par les articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

#### 13.1 - Prestations non couvertes par les contrats responsables

Conformément aux dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 du Code de la Sécurité Sociale les garanties responsables proposées par la Mutuelle ne prennent pas en charge :

1. la participation forfaitaire prévue au II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
2. la franchise prévue au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
3. la majoration de participation mise à la charge des assurés et de leurs ayants droit prévue par l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L 1111-15 du code de la santé publique ;
4. les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L 162-5 du code de la santé publique à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

#### 13.2 - Prestations obligatoirement couvertes par les contrats responsables

Conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale les garanties responsables proposées par la Mutuelles comprennent la prise en charge :

1. De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
2. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
3. Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :
  - a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
  - b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
  - c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
  - d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
  - e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
  - f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. Cette limite s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture, par période de deux (2) ans à compter de la date de souscription du contrat. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un (1) an ;

4. Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

### Article 14 - Prise d'effet des garanties

Les garanties sont acquises à la date de prise d'effet de l'adhésion à la garantie.

### Article 15 - Règlement des prestations

Le versement des prestations est adressé directement à l'assuré après échange de données informatisées entre les organismes d'assurance maladie et MCM CORSE, ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par les régimes obligatoires.

La pratique du tiers payant dispense le bénéficiaire de l'avance de frais, si l'option contractuelle le prévoit. Dans ce cas, le règlement des prestations est effectué directement aux professionnels de santé ou aux établissements hospitaliers.

1 - En cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité, le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime de Sécurité Sociale s'effectue à réception des pièces suivantes :

- Original du décompte de sécurité sociale mentionnant le montant du remboursement du régime obligatoire et la note d'honoraires faisant apparaître la dépense réellement engagée, pour les soins médicaux et chirurgicaux, frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale,
- Facture acquittée du fournisseur, pour les frais d'appareillage,



- Facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière, d'accompagnement d'un enfant hospitalisé, de paiement du forfait journalier hospitalier...), pour les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale,
  - Justification de l'accomplissement d'une cure thermale, la facture acquittée et le justificatif d'hébergement pour les cures thermales.
- 2 -** Pour la prise en charge, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime de sécurité sociale mais prévues par la garantie souscrite :
- Justificatifs attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé,
  - Notification du refus opposé par le régime de sécurité sociale si tel est le cas, et note d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.
- 3 -** Pour le service des prestations à titre accessoire :
- Justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation (acte de naissance, d'adoption, de mariage, ...),
  - Les factures acquittées correspondant aux frais engagés.
- 4 -** Pour les garanties en intermédiation :
- Les factures acquittées correspondant aux frais d'obsèques engagés et le justificatif de l'identité du Bénéficiaire de la prestation, à savoir, la personne physique ou morale ayant supporté les frais d'obsèques et l'acte de décès

## **Article 16 - Conditions de remboursement**

### **16.1 - Cadre général**

Le remboursement des prestations s'effectue exclusivement par virement bancaire.

#### **16.1.1 En cas de télétransmission**

Lorsque le régime obligatoire d'un bénéficiaire télétransmet à MCM CORSE, ce dernier se verra allouer automatiquement la part complémentaire lui revenant.

#### **16.1.2 Hors cas de télétransmission**

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant devra fournir le décompte de l'assurance maladie et/ou la feuille de facturation attestant le paiement.

#### **16.2 Principe de compensation des créances réciproques**

Dans le respect des dispositions des articles 1289 et suivants du code civil, lorsque le membre participant est redevable à MCM CORSE de prestations versées à tort pour son compte et que, parallèlement, MCM CORSE est redevable au membre participant de prestations correspondant à la garantie qu'il a souscrite, MCM CORSE se réserve le droit d'opérer des compensations sur les prestations à verser jusqu'au solde des prestations dues par le membre participant.

## **CHAPITRE 4 : COTISATIONS**

### **Article 17 - Paiement des cotisations**

**17.1 -** Le montant de la cotisation est annuel. La mutuelle offre la possibilité d'acquitter la cotisation par fractionnements mensuels par prélèvement automatique. En cas de fractionnement trimestriels ou semestriels, la cotisation peut être acquittée par prélèvement automatique mais aussi par chèque bancaire ou postal.

**17.2 -** A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de l'échéance, et indépendamment du droit de MCM CORSE de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la mutuelle enverra une lettre de rappel au membre participant ne remplissant pas ses obligations. En cas de non-paiement dans un délai de dix (10) jours suivant la lettre de rappel, MCM CORSE enverra une lettre de mise en demeure au membre participant ne remplissant toujours pas ses obligations. A l'expiration du délai de trente (30) jours après la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, sans pour autant libérer le membre participant du paiement des cotisations, du remboursement des prestations servies à tort et de poursuites éventuelles. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

MCM CORSE résilie ses garanties (10) dix jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

La cotisation dont le paiement est poursuivi pourra être majorée du montant des frais de recouvrement prononcés par décision judiciaire conformément à l'article L.111-8 Du Code de Procédure d'Exécution.

Lors de la mise en demeure, MCM CORSE informe le membre participant, qu'au terme d'une période de quarante (40) jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation de plein droit des garanties.

**17.3 -** La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain du jour où ont été payées à MCM CORSE la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet du recommandé et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

### **Article 18 - Modification des cotisations et changement de tranche d'âge**

**18.1 -** Selon la garantie souscrite et dans le respect des dispositions de l'article L.112-1 du Code de la mutualité MCM CORSE peut réévaluer, sur décision de l'assemblée générale annuelle, le montant des cotisations notamment en fonction des résultats techniques du régime, de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, de la création ou de l'évolution de taxes étatiques.

Dans l'hypothèse où les tarifs d'autorité, les tarifs de convention ou les taux de prise en charge de la Sécurité Sociale, pour une prestation ou une série de prestations seraient modifiés en cours d'année, MCM CORSE pourrait soit :

- Réactualiser la cotisation due, afin de maintenir le même niveau de garanties telles que décrites aux conditions particulières du contrat,
- Modifier le niveau de garanties, afin de maintenir le montant de la cotisation due.

De même, dans l'hypothèse de la création ou de l'évolution de taxes étatiques en cours d'année, MCM CORSE pourrait soit :

- Réactualiser la cotisation due, afin de maintenir le même niveau de garanties telles que décrites aux conditions particulières du contrat,
- Modifier le niveau de garanties, afin de maintenir le montant de la cotisation due.

**18.2 -** Le montant des cotisations annuelles peut évoluer en raison du changement de tranche d'âge du sociétaire.

Le changement d'âge est appliqué au 1<sup>er</sup> janvier d'un exercice. Il est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée.

### **Article 19 - Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) : offre Atout Cœur Santé.**

À compter du 1er juillet 2015 le dispositif de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) a été réformé. Dorénavant, les bénéficiaires de l'ACS devront souscrire ou renouveler leurs contrats individuels d'assurance complémentaire santé auprès d'organismes sélectionnés.

Aussi l'offre Atout Cœur Santé a été sélectionnée à l'issue d'un avis d'appel public à la concurrence en application du décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Cette sélection a été publiée dans l'arrêté du 10 avril 2015 paru au JORF du 11 avril.

MCM Corse distribue cette offre et, en y souscrivant par son intermédiaire, vous êtes adhérents MCM Corse

Pour obtenir plus de renseignements, nous vous renvoyons vers la Notice d'information Atout Cœur Santé remise avec le contrat ainsi que les Statuts mutualistes dont vous dépendez.

## CHAPITRE 5 : DROIT A L'ASSURANCE

### **Article 20 - Ouverture et terme du droit à l'assurance**

1 - Le droit à l'assurance est ouvert dès la date d'effet de l'adhésion en contrepartie du paiement régulier des cotisations dues par le Sociétaire dans les dix (10) jours suivant l'échéance figurant sur l'avis d'appel des cotisations qui lui est adressé.

2 - Le droit à l'assurance prend fin en cas de dénonciation de l'adhésion, conformément à l'article 7.

La dénonciation de l'adhésion intervient au 31 décembre de l'exercice considéré et le Sociétaire ainsi que ses ayants-droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

La dénonciation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident survenu postérieurement à la date d'effet de la dénonciation.

MCM CORSE reste engagée pour les dépenses de santé exposées avant la date d'effet de la dénonciation et ce jusqu'à leur liquidation complète sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les six (6) mois suivant la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion.

## CHAPITRE 6 : DECLARATIONS ET ENGAGEMENTS DU SOCIETAIRE

### **Article 21 - Engagements du sociétaire**

Le Sociétaire s'engage à :

- À informer MCM CORSE de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (article 21),
- À informer MCM CORSE, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent régime (article 21),
- À régler à MCM CORSE les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent régime (article 16),
- À restituer la carte de tiers-payant qui lui a été remise par la Mutuelle, en cas de résiliation.

### **Article 22 - Subrogation**

MCM CORSE est subrogée de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que MCM CORSE a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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 les prestations correspondant à ces éléments de préjudice soient déjà couvertes par l'option contractuelle.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent également en cas de recours pour des prestations non prises en charge dans le cadre d'accident relevant des législations relatives aux accidents du travail des salariés du Régime Général de Sécurité Sociale et des salariés relevant du Régime des Assurances Sociales Agricoles.

Ce recours s'effectue alors dans la limite des prestations qui auront été accordées par la mutuelle en fonction de couverture de l'adhérent.

### **Article 23 - Pluralité d'assurance**

Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes d'assurance produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Sociétaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

## CHAPITRE 7 : CONTROLE, FORCLUSION ET PRESCRIPTION

### **Article 24 - Contrôle**

MCM CORSE peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les Assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

### **Article 25 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte du sociétaire**

#### **25.1 - Fraude ou fausse déclaration intentionnelle du sociétaire**

La fraude ou la fausse déclaration intentionnelle du sociétaire, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion. Le sociétaire est déchu de tout droit aux garanties. Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, MCM CORSE en poursuit le recouvrement. En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par l'adhérent demeurent acquises à la mutuelle.

#### **25.2 - Omission ou déclaration inexacte du sociétaire**

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du sociétaire dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, MCM CORSE a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une régularisation acceptée par le sociétaire. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au sociétaire par lettre recommandée. MCM CORSE restitue au sociétaire, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, le remboursement de la prestation versée à tort est immédiatement exigible.

### **Article 26 - Prescription et forclusion**

#### **Prescriptions**

En application des dispositions de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations garanties par MCM CORSE sont prescrites 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 MCM CORSE 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 membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre MCM CORSE 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 portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations sur la vie (branches 20 et 21), le bénéficiaire n'est pas le membre participant et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Les demandes de paiement de prestations, décomptes (originaux) du régime d'assurance maladie obligatoire et factures acquittées doivent être produits dans un délai maximum de deux (2) ans à compter de la date des soins ou de facturation, sauf lorsque les délais de prescription légaux sont supérieurs à deux (2) ans.

A l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations garanties par MCM CORSE.

#### **Forclusions**

Pour être recevable, toute réclamation portant sur le paiement ou le refus de paiement d'une prestation doit parvenir à MCM CORSE dans les douze (12) mois à compter du paiement ou de la décision de refus contesté.

## **CHAPITRE 8 : DIVERS**

### **Article 27 - Autorité chargée du contrôle**

MCM CORSE est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentielle et Résolution (ACPR) sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

### **Article 28 - Informatique et liberté**

En application de la Loi n°78-17 dite "Loi Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement Général sur la protection des Données Personnelles 2016/679 du 27 avril 2016, l'Assuré a un droit d'accès et de rectification des informations détenues par MCM CORSE en s'adressant au siège indiqué sur le bulletin individuel.

### **Article 29 - Réclamation - Médiation de la consommation**

MCM Corse répond aux réclamations des membres participants et des souscripteurs des contrats collectifs dans le respect de l'instruction n°2012-I-07 de l'Autorité de Contrôle Prudentielle et Résolution.

Toutes les réclamations doivent être adressées à la Mutuelle MCM Corse - Immeuble Rond-Point - 2 avenue de la Grande Armée - 20000 AJACCIO

Si à l'issue de cette procédure, une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation des statuts, des règlements mutualistes ou d'un contrat collectif, la Mutuelle informe les membres participants ou le souscripteur qu'il a la possibilité de saisir le Médiateur de la Mutuelle.

Celui-ci est désigné par le Conseil d'Administration MCM Corse.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention doit être adressé au Médiateur de MCM Corse - Immeuble Rond-Point - 2 avenue de la Grande Armée - 20000 AJACCIO.

### **Article 30 - Collecte des données téléphoniques**

Mutuelles du Soleil Livre II est amenée à recueillir des données téléphoniques. En ce sens, la Mutuelle vous informe que vous disposez d'un droit à vous inscrire gratuitement sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique intitulée BLOCTEL en vous rendant directement sur le site [www.bloctel.fr](http://www.bloctel.fr).

---