



Règlement Mutualiste

# Nouvelles Garanties



Règlement Mutualiste  
Valant note d'information

**mmg**  
smile  
GROUPE **vyv**

# Sommaire

## Règlement Mutualiste

## Nouvelles Garanties

- Chapitre I • **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**
- Article 1 • **Objet du règlement**
  - Article 2 • **Risques couverts**
  - Article 3 • **Adhésion à la Mutuelle**
  - Article 4 • **Événements survenant en cours d'adhésion**
  - Article 5 • **Résiliation de la garantie, radiation, exclusion, nullité**
- Chapitre II • **GARANTIES FRAIS DE SANTÉ**
- Article 6 • **Cadre général**
  - Article 7 • **Versement des prestations**
- Chapitre III • **COTISATIONS**
- Article 8 • **Détermination et mode de calcul de la cotisation**
  - Article 9 • **Évolution de la cotisation**
  - Article 10 • **Paieement de la cotisation**
- Chapitre IV • **DISPOSITIONS DIVERSES**
- Article 11 • **Couverture des accidents**
  - Article 12 • **Prescription**
  - Article 13 • **Réclamations**
  - Article 14 • **Gestion déléguée de l'exécution des garanties**
  - Article 15 • **Informatique et libertés**
  - Article 16 • **Échanges de données informatisées**
  - Article 17 • **Autorité de contrôle**

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 – Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — [www.maregaillard.com](http://www.maregaillard.com)

N° Cristal 0969 326 325

# Titre I

## Dispositions Générales

### Article 1 - OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement mutualiste, établi conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques entre, d'une part, la Mutuelle et, d'autre part ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents) qui ont souscrit à titre individuel une garantie de frais de santé.

Il a été adopté par l'assemblée générale de la Mutuelle et peut être modifié par cette dernière.

Il est également complété d'un tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit.

### Article 2 - RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

### Article 3 - ADHÉSION À LA MUTUELLE

#### 3.1 Modalités d'adhésion

Toute personne couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français peut adhérer à la Mutuelle, pour lui-même et/ou ses ayants droit (tels que définis à l'article 3.2), en signant un bulletin d'adhésion. L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion les garanties choisies.

Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

Toutes nouvelles demande d'adhésion d'une personne âgée de 60 ans révolus se fait par souscription d'une garantie « Séniors ». La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par le tableau descriptif des garanties choisies et par la notice d'information des garanties supplémentaires. L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

#### 3.2 Bénéficiaires des garanties

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

- l'adhérent ;
- les ayants droit de l'adhérent :  
sont ayants droit, les personnes désignées par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent être ayants droit :

- son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'à la fin de l'année civile de leur 28e anniversaire ;
- toute autre personne à sa charge.

#### 3.3 Garantie des enfants ayants droit de l'adhérent

La garantie des enfants ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'un des parents, et est identique pour tous les enfants.

Note d'information

### 3.4 Prise d'effet de l'adhésion

Sauf date expressément prévue au bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

### 3.5 Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

### Article 4 - Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 9.

### 4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 - Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

N° Cristal 0969 326 325

#### 4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander une modification de la garantie de frais de santé, pour lui-même ou pour l'un de ses ayants droit (en respectant les conditions de l'article 3.3) :

- 1 mois minimum après la date d'adhésion en cas de montée en gamme ;
- douze mois minimum après la date d'adhésion en cas de descente de gamme ;
- douze mois minimum après la date du précédent changement de garantie.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

#### 4.3 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de leur demande par la Mutuelle.

#### 4.4 Évolution des garanties à l'initiative de la Mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

### Article 5 - Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

#### 5.1 À l'initiative de l'adhérent

##### 5.1.1 Résiliation ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin à la garantie selon les modalités suivantes :

##### 1. A l'échéance annuelle :

Avant le 31 octobre de l'année, l'adhérent peut mettre fin à la garantie en notifiant sa volonté à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ;
- par acte extrajudiciaire ;
- en cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication. Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet le 31 décembre.

##### 2. En cours d'année :

A l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de son adhésion au règlement, le membre participant dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

La notification de la résiliation doit être adressée à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ;
- par acte extrajudiciaire ;
- en cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication.

La demande de résiliation, ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la prise d'effet de la résiliation. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

##### 5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 - Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

N° Cristal 0969 326 325

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la Complémentaire santé solidaire (CSS) à l'adhérent	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire	
Complémentaire santé solidaire (CSS)	La résiliation prend effet au plus tôt, au 1er jour du mois suivant la réception de l'attestation par la Mutuelle.
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

**5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit**

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la Complémentaire santé solidaire (CSS) à l'adhérent	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire	
Attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (C.S.S.) à un ayant droit	La résiliation prend effet au plus tôt, au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de l'attestation par la Mutuelle.
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

**5.1.4 Délai de rétractation en cas de vente à distance**

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de délai de pénalité. Il effectue cette demande par lettre recommandée avec accusé de réception.

Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet. La mutuelle s'engage dans ce cas à restituer à l'adhérent dans les 30 jours à compter de la réception du courrier de rétractation, les sommes encaissées sous déduction des prestations que l'adhérent et les bénéficiaires auraient éventuellement perçues.

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 – Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

N° Cristal 0969 326 325

## **5.2 À l'initiative de la Mutuelle**

### **5.2.1 En cas de non-paiement**

La Mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 11.3.

### **5.2.2 Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles 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 l'adhérent 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.

### **5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion**

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci. La résiliation des garanties santé entraîne de plein droit la perte du bénéfice des garanties supplémentaires, incluses, telles que définies au chapitre III.

# Titre II

# GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

## Article 6 - CADRE GÉNÉRAL

### 6.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent 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 ou, pour certaines prestations, à l'expiration du délai de stage prévu à l'article 7.1 du présent règlement.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 10.

### 6.2 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

### 6.3 Pluralité de garanties frais de santé

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

### 6.4 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnités 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.

### 6.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

Note d'information

## 6.6 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

## Article 7 Versement des prestations

### 7.1 Stage

Il est appliqué un délai de stage d'une durée de 3 mois en hospitalisation calculé à partir de la date d'effet de la garantie indiquée au bulletin d'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant pour les bénéficiaires inscrits postérieurement.

Ainsi les frais de santé liés à une hospitalisation dont le 1<sup>er</sup> jour intervient pendant le délai de stage ne seront pas pris en charge.

Toutefois, ce délai de stage ne s'applique pas :

- lorsque les soins en cause sont consécutifs à un accident. Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle de l'hospitalisation incombe au bénéficiaire des soins ;
- lorsque les bénéficiaires peuvent justifier, sur présentation d'un certificat de radiation, qu'ils bénéficiaient, antérieurement à leur adhésion à la Mutuelle, d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les trois mois précédant cette adhésion ;
- lorsque les enfants nouveau-nés ou adoptés sont inscrits dans les 3 mois suivants leur naissance ou adoption.

## 7.2 Règlement des prestations

### 7.2.1 Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Lorsqu'au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées.

Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

### 7.2.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- Les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
  - les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- les dates de début et fin de séjour pour :
- les cures thermales,
  - l'hospitalisation\* ou la maternité\*\* ;

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 - Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

N° Cristal 0969 326 325

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité naissance sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article 4.1 ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

\* Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)

- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

Les frais d'accompagnement lorsqu'ils sont pris en charge le sont uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée.

\*\* Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

### 7.2.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées, ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la Mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

### 7.2.4. Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

### 7.3 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le régime obligatoire.

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 - Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

N° Cristal 0969 326 325

# Titre III

## Cotisations

### Article 8 - Détermination et mode de calcul de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie, du lieu d'habitation de l'adhérent, du régime d'Assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties (âge calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance - 1).

La cotisation varie avec l'âge des bénéficiaires au 1er janvier de chaque année.

Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

Le nouveau montant de la cotisation, liée à la modification de l'adresse de l'adhérent, prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de réception par la Mutuelle du courrier l'informant du changement d'adresse.

### 8.1 Exonération de paiement de cotisations

#### 8.1.1 Naissance ou adoption

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation de cet enfant à partir de la date d'effet de son inscription définie à l'article 4.1 et ce, pendant douze mois.

#### 8.1.2 Gratuité à partir du 3e enfant

La présence de deux enfants en tant qu'ayants droit n'ayant pas atteint leur 28e anniversaire à la fin de l'année civile ouvre droit à l'exonération de cotisation pour les autres enfants plus jeunes ou du même âge.

#### 8.1.3 Cas particuliers – Recours au fonds social

L'adhérent, pouvant se prévaloir d'une ancienneté d'au moins 24 mois consécutifs dans une garantie santé de la Mutuelle au jour de la perte de son emploi salarié, survenue à compter du 1er janvier 2012 et donnant lieu à une indemnisation par l'assurance chômage pendant une période d'au moins un mois, peut bénéficier de la dispense du paiement d'une fraction de sa cotisation annuelle.

La fraction de la cotisation annuelle exonérée correspond à la cotisation totale due pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie pour la période des deux mois qui suivent la demande de l'adhérent.

La dispense de paiement est accordée, sur demande écrite de l'adhérent sous réserve que :

- cette demande soit adressée à la Mutuelle au plus tard dans les 6 mois qui suivent le premier versement des allocations de l'Assurance chômage ;
- l'adhérent n'ait pas reçu une mise en demeure de payer ses cotisations au jour de la demande.

La dispense de paiement est accordée une fois par année civile à l'adhérent. Toutefois, la même période de chômage ne donne lieu qu'à une seule dispense de paiement, y compris si elle se poursuit au-delà de la fin de l'année civile au cours de laquelle elle a commencé.

La dispense de paiement cesse lorsque la garantie de l'adhérent est résiliée.

Cette dispense de paiement de cotisation ne peut donner lieu à un quelconque versement par la Mutuelle d'une somme d'argent. Ainsi, si l'adhérent bénéficie d'aides sociales directement affectées au paiement des cotisations de la présente garantie, la dispense de paiement sera accordée dans la limite du montant de la cotisation effectivement à la charge de l'adhérent.

L'adhérent doit fournir la copie de la lettre d'admission au bénéfice des allocations de l'Assurance chômage, ainsi que l'avis de situation, l'attestation des périodes de chômage indemnisées ou une attestation de paiement fournis par l'Assurance chômage et correspondant au mois précédant la demande.

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 – Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — [www.maregaillard.com](http://www.maregaillard.com)

N° Cristal 0969 326 325

## 8.2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

En fonction de leurs revenus, certains adhérents peuvent de droit bénéficier d'une réduction de cotisation appelée « Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » dont les conditions d'attribution et les montants sont déterminés par les pouvoirs publics. Pour bénéficier de cette réduction, l'adhérent doit remettre à la Mutuelle Mare-Gaillard (Mutuelle distributrice de l'A.C.S-P) une attestation délivrée par la Caisse d'Assurance maladie dont il dépend. Les modalités de cette réduction de cotisation sont définies aux articles L.863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

## Article 9 - Évolution de la cotisation

Pour chacune des garanties santé individuelles, la cotisation est ajustée, chaque année au 1er janvier 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, notamment en fonction des résultats constatés, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé et des modifications d'ordre législatives ou conventionnelles.

À titre exceptionnel, la cotisation peut également être modifiée en cours d'année par l'assemblée générale ou le conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de l'assemblée générale.

## Article 10 - Paiement de la cotisation

### 10.1 Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

### 10.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

### 10.3 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;

À défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

Note d'information

# Titre IV

## DISPOSITIONS DIVERSES

### Article 11 - Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent règlement et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

#### 11.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

#### 11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle. À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

#### 11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La Mutuelle n'intervient dans les remboursements de frais consécutifs à des accidents sportifs ou scolaires, qu'en complément de la Sécurité sociale et des organismes spécialisés couvrant ces risques et ce, dans la limite des tarifs conventionnels et des dépenses engagées.

#### 11.4. Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la Mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

### Article 12 - Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'adhérent 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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.

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 - Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — [www.maregaillard.com](http://www.maregaillard.com)

N° Cristal 0969 326 325

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites, au plus tard, trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### **Article 13 - Réclamations**

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir par courrier le :

Service Qualité - Relation Clientèle  
Mutuelle Mare-Gaillard  
Section Bernard – 97190 Le Gosier

Enfin, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur dont les coordonnées sont :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française  
FNMF  
255 rue de Vaugirard  
75719 PARIS cedex 15

### **Article 14 - Gestion déléguée de l'exécution des garanties**

La gestion administrative des garanties offertes par le présent règlement est confiée par la Mutuelle MARE-GAILLARD, suivants les termes d'une convention de délégation de gestion, à HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° SIREN 538.518 473 et dont le siège social est situé 143 Rue Blomet 75015 PARIS.

### **Article 15 - Informatique et libertés**

La Mutuelle met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour le recouvrement et le contentieux, son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées, le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres, toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 – Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — [www.maregaillard.com](http://www.maregaillard.com)

N° Cristal 0969 326 325

Les données personnelles de l'adhérent seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales. L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de ses données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Il dispose en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent peut solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de ses données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière. Par ailleurs, il peut également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent peut exercer son droit auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à l'adresse :

dpo@maregaillard.com

ou par courrier postal adresse à « Mutuelle Mare-Gaillard - Service DPO – Section Bernard – 97190 LE GOSIER », en joignant à sa demande une copie de son justificatif d'identité.

En cas de réclamations relatives au traitement de ses données personnelles et l'exercice de son droit, il peut décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 (www.cnil.fr.)

#### **Article 16 - Échanges de données informatisées**

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

#### **Article 17 - Autorité de contrôle**

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au :

4, PLACE DE BUDAPEST  
CS 92459  
75436 PARIS CEDEX 09

Note d'information

Mutuelle Mare-Gaillard, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité  
SIREN : 314 559 451 – Numéro LEI : 969500AZ8RJ9Z9ZECI74.  
Siège social : Section Bernard 97190 Le Gosier — www.maregaillard.com

**N° Cristal** 0969 326 325